Дозорцева Е.Г.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА У ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМАМИ В ПОВЕДЕНИИ

ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ





МОСКВА
2007

УДК 159.922-7
ББК 88.8
Д 626

Книга издана Благотворительным фондом
поддержки женщин и детей «Женщины и дети прежде всего»
в рамках проекта «The Child Rescue Project»
при финансировании The World Childhood Foundation
в сотрудничестве с MiraMed Institute и Коалицией «Ангел».

Дозорцева Е.Г.
Д 626 Психологическая травма у подростков с проблемами в поведении. Диагностика и коррекция. — М.: Генезис, 2006. — 128 с.

ISBN 5-98563-084-6

В практическом пособии описана специфика диагностической и коррекционной работы с подростками с девиантным поведением.

Нередко нарушения развития и отклонения в поведении детей и подростков определяются не только неправильным воспитанием, наследственными причинами, но становятся следствием психических травм, полученных на протяжении жизни. Работа с негативными последствиями травматического опыта поможет улучшить состояние таких подростков и повысит эффективность коррекции и реабилитации.

Пособие адресовано психологам педагогам, врачам, сотрудникам детских домов и социальных приютов.

ISBN 5-98563-084-6 **УДК 159.922-7**
ББК 88.8

ПРЕДИСЛОВИЕ

Книга посвящена чрезвычайно актуальной в наши дни проблеме — специфике диагностической и коррекционной работы с подростками с девиантным и делинквентным поведением.

Стало уже общим местом положение, что формирование отклоняющегося и асоциального поведения является следствием как биологических, так и социальных факторов. Почти все исследователи выделяют в качестве причин девиантного поведения подростков неправильное воспитание, алкоголизм родителей, безнадзорность, жестокое обращение, асоциальное окружение и т.п., однако для психологов, педагогов, воспитателей, социальных работников часто остается открытым вопрос — а как же использовать эти данные в ежедневной практической работе с такими подростками?

Как правило, для коррекции асоциального поведения у несовершеннолетних используются преимущественно когнитивно-поведенческие методы, рассчитанные на осознание подростками существующих проблем и направленные на выработку у них новых привычек и форм поведения. Такой подход часто оставляет вне поля внимания глубинные причины нарушений поведения.

Лишь сравнительно недавно и средовые факторы, и аномалии личностного развития детей и подростков стали рассматриваться в контексте психологической травматизации. Нередко и нарушения развития, и отклонения в поведении становятся следствием психических травм, полученных подростками на протяжении жизни, пережитых ими стрессов, порой до конца не преодоленных и определяющих их социальную дезадаптацию. Такие подростки нуждаются в квалифицированной помощи со стороны психологов, психиатров и других специалистов.

Именно в этой традиции — рассмотрения отклоняющегося поведения как следствия психологической травмы —

проведено исследование, которое легло в основу книги Е.Г. Дозорцевой. В ней проанализирована специфика психологической травматизации у подростков с девиантным поведением с учетом половых различий. Несомненным достоинством книги является то, что в ней сформулированы конкретные рекомендации по проведению диагностики и коррекции последствий психологических травм, описана специфика проведения коррекционных мероприятий в специальных учебно-воспитательных учреждениях, представлен оптимальный комплекс психодиагностических методик, подробно изложен процесс коррекции (по методу соматической терапии П. Левина).

Представляется, что практическое применение предложенных способов работы с девиантными подростками будет способствовать значительному улучшению их состояния и позволит более эффективно проводить коррекционные и реабилитационные мероприятия.

Руководитель Лаборатории судебной психологии
ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского
доктор психологических наук, профессор

Ф.С. Сафуанов

ВВЕДЕНИЕ

Традиционно считается, что на формирование девиантного (отклоняющегося) поведения детей и подростков влияет неправильное воспитание и асоциальное окружение. В последнее время все большее внимание уделяется аномалиям психического развития таких детей как совокупному результату действия биологических причин и неблагоприятной социальной среды. Однако лишь совсем недавно негативное влияние средовых факторов на формирование девиантного и делинквентного (общественно опасного, противоправного) поведения, а также аномалий личностного развития ребенка специалисты начали рассматривать в еще одном аспекте: как *психическую травматизацию*. Исследования показывают, что среди подростков, демонстрирующих делинквентное поведение, число подвергшихся жестокому обращению гораздо выше, чем среди неделинквентов. И наоборот, в выборке тех, кто испытал такое обращение, существенно больше делинквентов, чем среди детей, с которыми жестоко не обращались.

Западными исследователями была обнаружена высокая частота у делинквентных подростков симптомов ***посттравматического стрессового расстройства*** (ПТСР): их проявляют от 24% до 32% этой категории несовершеннолетних. Среди девочек это расстройство встречается значительно чаще, чем среди мальчиков. В группах делинквентных девочек распространенность ПТСР составляет, по данным исследований, от 49% до 55%, причем 65% обследованных свидетельствовали о наличии его признаков в течение жизни (Cauffman et al., 1998). Это примерно на 50% больше, чем у мальчиков с противоправным поведением, и в 6 раз больше, чем у девочек в общей популяции. В то же время у мальчиков с ПТСР проблемы, связанные с самоконтролем и проявлением агрессии, гораздо более выражены (Steiner et al., 1997).

Специальное международное исследование было посвящено анализу распространенности ПТСР у российских мальчиков-подростков с делинквентным поведением. Оно показало, что большая часть из них проявляет признаки посттравматического стресса: 42% частично и 24% — полностью. Травмирующим событием для них было, как правило, насилие. У подростков с ПТСР поведенческие проблемы начинают проявляться в более раннем возрасте, чем у делинквентов без стрессового расстройства (Ruchkin, Schwab-Stone, Koposova, Vermeiren, Steiner, 2002).

Наши исследования также свидетельствуют о высокой степени психологической травматизации у подростков с девиантным поведением. Так, в выборке девочек — воспитанниц специальных учебно-воспитательных учреждений, среди тех, кто уже имел сексуальные связи, около 40% были жертвами изнасилования или сексуального злоупотребления (Дозорцева, 2001). Мальчики-подростки, совершившие убийства и направленные на комплексную судебную психолого-психиатрическую экспертизу, в значительном числе случаев подвергались семейному насилию (Дозорцева, 2000). Вместе с тем эти обстоятельства редко привлекают внимание специалистов, работающих с такими подростками.

Применительно к подросткам с девиантным поведением не разработаны методы и процедура направленной диагностики связанных с перенесенными психологическими травмами состояний. Как правило, значительное число травм, перенесенных такими детьми, остается вообще не выявленным.

Для коррекции асоциального, в том числе агрессивного, поведения у подростков используются преимущественно когнитивно-поведенческие методы, апеллирующие к сознанию воспитанников и направленные на выработку у них новых привычек и форм поведения. Значительно меньше внимания уделяется более глубоким причинам нарушения поведения, в частности, связанным с перенесенными ранее психологическими травмами и стрессами.

Методики обучения способам саморегуляции, применяемые в некоторых учебно-воспитательных учреждениях (Алиев, 1997), хотя и являются полезными для оптимизации внутреннего состояния человека, не учитывают психологические особенности подростков, перенесших травматизацию, и в отдельных случаях могут вести даже к некоторому ухудшению их состояния.

Специальные психокоррекционные методики для работы с последствиями психологических травм разработаны преимущественно для коррекции последствий сексуальной травматизации. Они предназначены для находящихся вне рамок специальных интернатных учреждений детей и подростков с законопослушным поведением. Однако очевидно, что психокоррекционная работа с детьми — воспитанниками специальных интернатов требует специальных методов.

В этой книге изложен новый подход к проблеме работы с последствиями психологической травмы у подростков с девиантным поведением, который позволяет решать практические вопросы диагностики и коррекции неблагоприятных травматических последствий. Приведены также данные исследования распространенности и выраженности последствий психологических травм у подростков с девиантным поведением, и описана практическая психокоррекционная работа с воспитанниками специальных учебно-воспитательных учреждений с целью устранения негативных последствий их травматического опыта.

* * *

Автор выражает признательность коллективу сотрудников, осуществлявших представленное в книге исследование последствий психологических травм у девиантных подростков и принимавших участие в анализе и описании результатов: доктору медицинских наук, профессору *Качаевой Маргарите Александровне*, кандидатам психологических наук *Морозовой Елене Ивановне* и *Терехиной Светлане Алексеевне*, а также *Новоселовой Анне Владимировне*.

Глава I

ПОНЯТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОБЛЕМЕ

ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПОНЯТИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Прежде чем говорить о специфике психологической травмы у подростков с девиантным поведением, необходимо остановиться на определении самой категории психологической (психической) травмы, ее причин и последствий.

Разработка понятия травмы берет свое начало в трудах З. Фрейда и Г. Юнга, в которых травматические переживания рассматривались как результат расщепленного переживания Я вследствие тревоги, вызванной первичной травмой. Связанный с этим аффект составляет основу невроза. Классики психоанализа разрабатывали впоследствии также представления о множественности травм и разнообразии поддерживающих их последствия фантазий.

Позже появился другой подход, в рамках которого психическая травма рассматривается как особая форма общей стрессовой реакции (Селье, 1979). Согласно этой концепции, стресс способствует адаптации организма и мобилизации его ресурсов для реакции на стрессогенный фактор. Однако он приобретает травматический характер, если действие стрессогенного фактора чрезвычайно сильно, очень длительно или часто повторяется, превышая адаптационные возможности организма. В этом случае стресс приводит к неблагоприятным психологическим и физиологическим последствиям и даже серьезным расстройствам.

Как уже отмечалось, одним из основных факторов, обусловливающих психологическую травматизацию ребенка, является жестокое обращение с ним. Н.К. Асанова (1997),

обобщив определения, приводимые различными зарубежными авторами, выделяет четыре основные формы жестокого обращения, важные для практической работы:

1. *Физическое жестокое обращение* — любое неслучайное нанесение повреждения ребенку родителем или лицом, осуществляющим опеку.

2. *Сексуальное насилие над детьми* — использование ребенка и подростка другим лицом для получения сексуального удовлетворения.

3. *Пренебрежение* — хроническая неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить основные потребности ребенка в пище, жилье, медицинском уходе, образовании, защите и присмотре.

4. *Психологическое насилие*, в которое включается психологическое пренебрежение (последовательная неспособность родителя или лица, осуществляющего уход, обеспечить ребенку необходимую поддержку, внимание и привязанность) и психологическое жестокое обращение (такие формы поведения, как унижение, оскорбление, издевательства и высмеивание ребенка, носящие хронический, систематический характер).

Жестокое обращение ведет к деформации личностного развития, часто — к появлению псевдокомпенсаторных отклоняющихся форм поведения. В хроническом варианте оно вызывает так называемые *травмы развития* — стрессовые состояния, связанные не с единичным травматическим событием, а с пролонгированным, с нарушенной системой отношений со взрослыми (чаще всего с родителями) складывающейся в течение длительного периода времени.

В отличие от травм развития сильный стресс, вызванный отдельным краткосрочным, обычно неожиданным тяжелым для ребенка событием, может быть обозначен как *острая* или *шоковая травма*.

Последствия психологических травм проявляются в различных сферах жизнедеятельности ребенка. Так, по данным Н.В. Тарабриной (2001), основными последствиями физи-

ческого насилия для детей являются их недостаточный контроль над собственной импульсивностью, снижение способности к самовыражению, отсутствие доверия к людям, депрессии. Непосредственно после травмы могут возникать острые состояния страха. Кроме того, отсроченными последствиями физического насилия могут быть делинквентность и даже садистские наклонности.

По данным американских исследователей (Jacobson, Alan, 2001), жертвы с симптомами ПТСР часто обнаруживают навязчивое стремление к получению новых психотравм путем нанесения обид окружающим, причинения самоповреждений или поиска опасных ситуаций (ревиктимизация). Именно с подобными особенностями последствий травматизации, по данным этих авторов, связан тот факт, что среди правонарушителей, совершивших жестокие преступления, высок процент тех, кто пережил в детстве насилие или психологическую травму. Кроме того, для них характерно саморазрушающее поведение, включающее нанесение самопорезов, прижигание тела сигаретами, суицидальные попытки, голодание (анорексия), алкоголизация и употребление наркотиков.

Согласно концепции «цикла насилия», жестокое обращение в форме физической и эмоциональной жестокости, сексуального насилия, а также пренебрежения способствуют формированию у ребенка агрессивности и склонности к дальнейшему воспроизведению подобных форм поведения в социальных контактах и, в частности, впоследствии по отношению к собственным детям (Curtis, 1963; Spinetta, Rigler, 1972). В свою очередь, большинство родителей, жестоко обращающихся с детьми, сами переживали физическое насилие, отвержение, депривацию в детстве. Им свойственны низкая самооценка, недостаточный самоконтроль. Таким образом, насилие как способ разрешения проблем и конфликтов передается из поколения в поколение. Для того чтобы прервать этот цикл, необходимы большие усилия со стороны специалистов, занимающихся реабилитацией жертв насилия.

К одним из самых тяжелых психологических травм относится сексуальное насилие. Этому виду жестокого обращения и терапии его последствий посвящено много специальных публикаций. Негативное влияние сексуального насилия затрагивает личностную и когнитивную сферы. В когнитивной сфере могут наблюдаться нарушения концентрации внимания из-за фиксированности детей на травматическом опыте. Они перестают доверять людям, из-за чего сужается круг их общения, становятся замкнутыми и недоверчивыми, испытывают ощущение опасности извне, у них изменяется отношение к себе, снижается самооценка (Тарабрина, 2001). Позже последствия перенесенной сексуальной травмы проявляются в виде психосоматических заболеваний, злоупотребления психоактивными веществами, нарушениями в сексуальных отношениях, вплоть до склонности некоторых мужчин, перенесших сексуальное насилие, к совершению аналогичных действий по отношению к другим людям, а также повышенной подверженности сексуальному насилию у женщин.

Другим видам психологической травматизации обычно уделяется меньше внимания, однако и они имеют большое значение для психологического благополучия и нормального развития ребенка. Так, в исследованиях последних лет говорится о негативном влиянии на психику ребенка не только катастроф и масштабных несчастных случаев (Юл, Уильямс, 2001), но и физических травм, получаемых в результате транспортных аварий и падений. К этой же категории травм относятся и хирургические операции (Левин, 2003). Весьма психотравмирующим потенциалом для ребенка обладает разлука с близкими, не говоря уже о смерти близкого человека, в первую очередь — родителей. По данным Н.Ю. Синягиной (2001), у детей школьного возраста, потерявших одного из родителей, наблюдались фобические реакции (страхи), плаксивость, у 33,3% из них — нарушения сна с тяжелыми сновидениями. Дети испытывали чувство одиночества, утраты, эмоциональной пустоты, теряли интерес к деятельности, проявляли отклонения в поведении со

вспышками раздражения, агрессии. У них возникали школьные проблемы (прогулы, школьная фобия). Такие дети проявляли признаки депрессивных состояний.

Неблагоприятные последствия психической травматизации могут быть столь сильными, что приобретают клиническое значение и становятся предметом внимания врачей-психиатров. В последние десятилетия такие выраженные клинические формы стресса принято соотносить с категорией посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Основные критерии ПТСР были разработаны M.J. Horowitz (1980). С этого момента ПТСР рассматривается в качестве самостоятельной клинической формы в международных классификациях болезней (DSM-IV, МКБ-10*).

«Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс (такой, как природные и техногенные катастрофы, боевые действия, пытки, изнасилования и др.), способный вызвать психические нарушения практически у любого человека» (Тарабрина, 2001). ***Критерии диагностики ПТСР*** в соответствии с принятой в США и некоторых других западных странах классификацией болезней DSM-IV делятся на 6 категорий.

А. Воздействие травмирующего события: индивид был участником или свидетелем событий, которые включали смерть или угрожали жизни других людей либо его собственной, причем его реакцией был интенсивный страх, беспомощность или ужас.

В. Повторение травматического события в переживаниях и навязчивых мыслях, образах, снах, которые вызывают тяжелые эмоциональные переживания (у детей в играх или ночных кошмарах). Ощущение иллюзорного повторения

---

* DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th Edition) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 4-го пересмотра.

МКБ-10 — Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте.

(«флэшбэк»-эффекты). Физиологическая реактивность на символы травматических событий.

C. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и блокировка эмоциональных реакций, оцепенение. Снижение позитивных чувств, интереса к деятельности.

D. Симптомы возрастающего возбуждения, проявляющиеся в нарушениях сна, раздражительности, трудностях концентрации внимания, постоянное ожидание угрозы.

E. Длительность протекания расстройства более 1 месяца.

F. Тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной либо других важных сферах жизнедеятельности.

Травматические ситуации, вызывающие ПТСР, — это такие экстремальные критические события, которые обладают мощным негативным воздействием и требуют от индивида экстраординарных усилий по совладанию с последствиями воздействия (Тарабрина, 2001).

Дети и подростки представляют собой группу риска по отношению к ПТСР, так как у них еще недостаточно развиты личностные ресурсы, позволяющие эффективно справляться с последствиями травматических ситуаций. Такими ситуациями для них могут быть смерть близких, физическое насилие, изнасилование, а также наблюдение за событиями, имеющими мощное стрессогенное влияние. Особенно негативно воздействие на развивающегося человека множественных травм, при которых различные травматические события потенциируют негативные последствия друг друга. Именно такая картина часто наблюдается у подростков с девиантным поведением. Также специальную проблему у детей и подростков представляет собой сочетание стрессовых расстройств с другими аномалиями развития, имеющими как биологическую, так и социальную природу.

Приведенные выше критерии ПТСР дают достаточно четкие ориентиры клинической диагностики этого нарушения. В то же время используемое нами понятие «психологической (психической) травмы» имеет более широкий диапазон, чем ПТСР, включая в себя и менее выраженные формы

травматизации, соответствующие лишь части этих критериев или имеющие меньшую интенсивность. Следует подчеркнуть, что и такие состояния пагубно отражаются на функциональном состоянии подростков, на их эмоциональной сфере, мотивации, способности к концентрации внимания. В связи с этим необходима своевременная диагностика и коррекция последствий психологических травм, что позволяет найти новые возможности для дальнейшего позитивного развития.

Механизм возникновения стрессового состояния как результата психологической травматизации подробно описан в ряде работ, начиная с исследований Г.Селье (1979). По мнению Селье, стрессовое переживание может вызываться любым предъявляемым человеку требованием. Стресс как активация организма в ответ на внешние раздражители имеет, как уже говорилось, адаптационный характер и помогает справиться с возникающими трудностями. Однако частое повторение или большая длительность стресса и связанных с ним аффективных реакций могут вести к постоянной активации, при которой возбуждение принимает застойную форму и накапливается, активизируя центральные образования вегетативной нервной системы. В результате расстройства регуляции в нейрофизиологических структурах ведут к нарушениям функционирования сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, изменению свертывающей системы крови, расстройству иммунной системы (Тарабрина, 2001).

Реакции людей на угрожающие события, однако, могут значительно различаться и зависят от того, какое субъективное значение, или смысл, придает им человек. В этой связи следует упомянуть о современных когнитивных подходах к интерпретации психологических травм, разрабатываемых в западной психологии и психотерапии такими авторами, как А. Бек, А. Эллис, С. Эпштейн, Р. Янофф-Бульман, и другими. В основе большинства концепций лежит представление о когнитивных схемах и убеждениях. Под схемами понимаются когнитивные структуры, организующие

опыт и поведение, а убеждения (или правила) составляют содержание схем, определяя содержание мышления, эмоций и поведения. Таким путем образуются устойчивые когнитивные модели, или когнитивно-аффективные комплексы, складывающиеся в процессе приобретения опыта. Как отмечают М.А. Падун и Н.В. Тарабрина (2003), травматический опыт негативным образом затрагивает базисные убеждения человека относительно собственного Я, окружающего мира и будущего, формируя дисфункциональные эмоционально нагруженные схемы. В дальнейшем эти схемы участвуют в оценке обстоятельств и собственных возможностей человека, его способности совладать с ситуацией или избежать ее. В зависимости от преобладающей оценки формируется тип копинг-стратегий (совладающего поведения) человека: направленный на решение проблемы либо на улучшение эмоционального состояния (Лазарус, 1996), или складываются типичные формы оценки и реакции на разного рода стрессогенные ситуации (Бек, Эмери, 1985). Различные техники когнитивно-поведенческой психотерапии (когнитивного реконструирования, когнитивной процессуальной психотерапии и др.) фокусируются на выявлении и коррекции дисфункциональных убеждений индивида либо на активации «структур страха», сформировавшихся в результате переживания травматического опыта, и изменении их содержания.

В. Франкл (1982) рассматривает травму как утрату человеком жизненно важных смыслов, а ее преодоление — как поиск осмысления произошедшего либо новых жизненных смыслов. Сходные позиции представляют и отечественные авторы (Василюк, 1984; Мазур, 1983, 1996; Леонтьев, 2001), занимающиеся проблемой критических ситуаций и психологической травматизации. С точки зрения Ф.В. Василюка, новый смысл становится опорой в преодолении кризиса и новой ступенью в развитии личности.

Важный аспект психологической травматизации связан с незавершенностью действий или ситуаций. Он наиболее подробно описывается теорией гештальт-терапии Ф.Перл-

за. Завершение чувств и эмоций, связанных с травматической ситуацией, способствует избавлению от симптомов травмы.

Один из продуктивных подходов к работе с психической травмой, учитывающий ее различные аспекты и предлагающий эффективный практический метод, разрабатывается в последние десятилетия американским психологом Питером Левином (1994, 1997) и его последователями (Zettle, Josephs, 2001). Остановимся на нем подробнее.

Понимание травмы в соматической психологии Питера Левина

Один из принципов концепции психической травмы П. Левина заключается в том, что сведение травмы лишь к болезненному расстройству ошибочно, так как нарушение в естественном биологическом процессе не ведет с неизбежностью к патологическим явлениям и неизлечимым болезням. У человеческого организма есть внутренняя способность к саморегуляции, самоорганизации и восстановлению внутреннего баланса и жизненности. При умелой поддержке и ведении в нужном направлении человек сам участвует в трансформации травмы и способствует своему исцелению после чрезвычайных жизненных событий. Базовое звено работы с психической травмой — это нормализация естественных физиологических процессов в теле человека. Именно поэтому подход к изучению и терапии последствий психической травматизации, по Левину, носит название *соматической терапии травмы*.

Согласно концепции Левина (1994, 1997), травма — это прежде всего нейрофизиологический феномен. При острых шоковых событиях, ситуациях угрозы активизируются наиболее древние стволовые и подкорковые структуры мозга, ответственные за мгновенный и мощный ответ организма, способствующий его выживанию. Эти структуры, в которые входят стволовые части мозга и мозжечок, сформировались

уже на ранних этапах филогенеза и потому были метафорически названы исследователями «мозгом рептилий». Они обеспечивают две основные свойственные человеку и животным реакции на угрожающее жизни событие: *борьбу* или *бегство*. При этом тело и психика мобилизуют огромное количество энергии. В момент чрезвычайной активации усиливается кровяной ток, выбрасываются «гормоны стресса», адреналин и кортизол, что позволяет организму максимально использовать свои ресурсы для самозащиты. Однако, как пишет П. Левин (2003), для того чтобы избежать травмы, организму необходимо полностью израсходовать энергию, которая была мобилизована для встречи с опасностью. В случае если активные реакции блокированы и ни бегство, ни борьба невозможны, в организме возникает реакция *замирания*, сходная с готовностью к смерти, биологический смысл которой заключается в снижении чувствительности к боли. При этом активированная нервная энергия не находит выхода. Не имея возможности разрядки, она задерживается, создавая угрозу возникновения травматической реакции и симптомов травмы. Возникает состояние повышенной активации и сверхвозбуждения мозга. У животных естественная разрядка возбуждения происходит в форме дрожания. Аналогичные реакции — дрожь, плач — можно наблюдать и у маленьких детей. Все это ведет к естественному восстановлению внутреннего баланса благодаря циклам саморегуляции организма. Взрослые люди в силу ориентации на социальные нормы и развития контролирующих функций мозга, осуществляемых корой больших полушарий, часто блокируют нормальные физиологические реакции организма, в связи с чем энергия реакции на психотравмирующее событие остается задержанной, создавая очаг возбуждения.

У человека в формирование травматического состояния включаются подкорковая лимбическая система и кора головного мозга. По мнению Л. Зеттл и Э. Джозефса (2001), лимбическая система чрезвычайно важна для понимания травмы. Это «чувствующий», «эмоциональный» мозг. Основные составляющие лимбической системы — гиппокамп и

миндалевидное тело (миндалина). Гиппокамп представляет собой центр памяти об эмоциональных событиях. Миндалина помогает отсортировать впечатления и сохранить память в гиппокампе в зависимости от того, насколько эмоционально значим материал. Она связана с корой головного мозга, передавая в кору информацию об эмоциональной реакции и получая в обратном направлении интеллектуальную информацию коры для выбора «разумной» эмоциональной реакции. В данном нейрофизиологическом контексте *травма понимается как повышенная электрическая активность в миндалине.* Постоянное раздражение миндалины вызывает в ней реакцию без расслабления, которая приводит к повышенному уровню активации («тлению»), сходному с судорожной готовностью. Это состояние наблюдается у людей, перенесших множественные травмы или часто встречающихся с травмой, например, у спасателей.

Состояние повышенного возбуждения в подкорковых отделах мозга служит причиной явлений, которые рассматриваются в качестве симптомов посттравматического стрессового расстройства. С одной стороны, оно заставляет человека вновь и вновь возвращаться к воспоминаниям о психотравмирующих событиях, проигрывать их в воображении, с другой — избегать ситуаций, людей, разговоров, которые могут спровоцировать неприятные мысли и эмоции. Возбуждение имеет и неспецифические проявления, отражаясь в нарушениях сна, трудностях концентрации внимания, усвоения новой информации. Все это может иметь следствием и более общие нарушения социального функционирования, затрудняя общение, учебу, работу.

Применительно к проблемам подростков с девиантным поведением важно учитывать и тот факт, что при повышении активности мозга и уменьшении модуляций эмоциональных реакций, чему способствует хронический стресс, уменьшается способность к торможению реакций, в том числе агрессивно-насильственных. Такие формы расстройств поведения детей и подростков, как гиперактивность и/или расстройства внимания, делинквентное поведение, в немалой

степени могут быть следствием перенесенных психических травм. В связи с этим работу психолога, направленную на распознавание последствий психических травм у подростков с девиантным поведением и эффективную коррекцию этих последствий, следует рассматривать в качестве необходимой составляющей реабилитационного процесса.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Соматическая терапия травмы как психокоррекционный подход

Нейрофизиологический аспект рассмотрения психической травмы дает ключ к психотерапевтической работе с травматическими явлениями. Трактовка этого подхода П. Левина в русскоязычной литературе наиболее полно дана Е.С. Мазур (2003). Такая работа направлена на восстановление естественной способности человека или психологической и биологической способности к целенаправленной самоорганизации. Под саморегуляцией понимается также естественная природная способность человека к самоисцелению, основанная на внутренних ресурсах организма, активация и телесное осознание которых способствуют преодолению психотравмирующей ситуации (Levine, 1997, цит. по Мазур, 2003).

Условием успешной психотерапевтической работы является создание у клиента ощущения безопасности, основанного на доверительных и надежных отношениях сотрудничества с терапевтом и безопасном пространстве. Со стороны терапевта необходимо поддержание особого эмоционально-энергетического контакта с клиентом, который П. Левин называет сопереживающим, сострадающим присутствием.

Один из главных специфических принципов соматической терапии заключается в том, что первичный доступ к травме должен осуществляться на том уровне, на котором она

возникла, то есть на уровне физиологии и телесных ощущений. Проработка травматического содержания на более высоких уровнях может приводить к позитивным эффектам, но часто они имеют лишь временный характер, поскольку не устранена нейрофизиологическая основа травматических переживаний. Центральный метод в терапии травмы — техника, названная Левином «соматическим переживанием». «Соматическое переживание» предполагает процесс телесного осознавания, дающий человеку возможность трансформировать травму и превратить дезадаптивные телесные реакции в адаптивные. Осознавание, которое позволяет происходящему внутри клиента восприниматься на телесном уровне в виде различных соматических проявлений, обозначается термином «контейнирование». В результате переживаемое приобретает определенные границы, а также характеристики телесно воспринимаемых смыслов и чувств, что чрезвычайно важно для процесса психотерапии.

Сознательная фиксация ощущений в теле — один из основных терапевтических приемов, помогающий добиться разрядки сконцентрированной энергии травмы. При этом восстанавливаются защитные и ориентировочные реакции, которые не были реализованы и завершены во время угрожающей жизни ситуации. Травматические переживания сопровождают, как правило, ощущения сжатия, тяжести, холода, неподвижности и онемения, напряжения, дискомфорта. Однако, согласно еще одному важнейшему принципу концепции Левина, помимо травмы, в теле человека присутствуют *ресурсы*. Ресурсы порождаются способностью к саморегуляции организма и включают в себя различные виды позитивных телесных ощущений, проявляющиеся в чувстве тепла, расширения, легкости, телесного комфорта и свободы. В процессе психотерапии целенаправленное создание ресурсов, фиксация на них внимания человека, тренировка дифференциации положительных ощущений всегда должны предшествовать работе с травмой.

Исходя из основных понятий травмы и ресурса, Левин вводит еще два метафорических представления, важных для

понимания терапевтического процесса: «воронка травмы» и «воронка исцеления». Воронка травмы представляет собой избыток энергии, связанный с травматическим событием и переживанием и представляющий собой результат прерванного процесса борьбы и бегства, вызванного травмой. Центральный пункт, или «дно», воронки образуют наиболее интенсивные и тяжелые переживания, нарушающие нормальное функционирование телесных и психологических процессов: страх, головокружение, подавленность, сжатие, упадок сил. Большие энергетические силы организма затрачиваются и на то, чтобы удерживать переживания «воронки травмы» в определенных рамках и создавать видимость нормального функционирования. «Воронке травмы» противостоит «воронка исцеления», состоящая из ресурсных переживаний и приобретающая в процессе работы с травмой все большую выраженность за счет получения энергии, которая высвобождается в результате проработки травмы. Контакт между «воронкой травмы» и «воронкой исцеления», начинающийся с наиболее слабых периферических переживаний, связанных с травмой, и постепенно затрагивающий все более глубокие слои «воронки травмы», приводит к нейтрализации травматического напряжения и возбуждения. Очень важно, чтобы эта нейтрализация («титрирование» в терминологии П. Левина) протекала медленно и постепенно с минимальной стимуляцией лимбической системы, миндалины, совпадая по темпу с внутренними свойственными организму циклами саморегуляции. При таких условиях происходит угашение чрезмерного возбуждения, связанного с травмой. Если в результате воспоминаний о травме стимуляция будет сильной, то возможна повторная травматизация, при которой состояние клиента может лишь ухудшиться. На телесном уровне процесс разрядки накопившейся энергии проявляется в ощущениях расширения, покалывания, тремора, волны тепла, расслаблении, появляющемся чувстве легкости.

Уровень телесных ощущений является центральным, но не единственным в соматической терапии травмы. При ра-

боте с травмой терапевт использует целостный опыт клиента. Способ организации этого опыта или установления контакта индивида со средой, реагирования на происходящее выражается в концепции Питера Левина аббревиатурой *SIBAM*, по первым буквам английских названий составляющих этот опыт элементов: ощущение (sensation), образ (image), поведение (behavior), аффект (affect), смысл (meaning). В здоровом состоянии элементы этой системы гибко взаимосвязаны. При травме связи между ними становятся слишком тесными и жесткими (сверхсцепленными) либо, напротив, слишком слабыми, фрагментарными, диссоциированными (слабо сцепленными). Так формируются комплексы дезадаптивных представлений и эмоционально окрашенных реакций. Цель терапии состоит в восстановлении целостности, гибкости и связанности опыта пациента.

Таковы основные концептуальные положения метода соматической терапии психической травмы, специально созданного Питером Левином для работы с травматическими переживаниями и их последствиями.

В практическом плане работа в соматической терапии травмы начинается с сенсибилизации клиента к ощущениям в его собственном теле. Для этого используются специальные упражнения (позже они будут описаны подробнее). Затем начинается процесс отслеживания ощущений клиента, при котором терапевт следует за внутренними и внешними процессами клиента и организует получаемую информацию как концептуально, так и интуитивно.

Для отслеживания ощущений клиенту задаются вопросы, например:

— *Что вы чувствуете в теле? Почувствуйте это ощущение.*
— *Где в вашем теле есть чувство?*
— *Где именно вы это чувствуете?*
— *Где ощущение начинается и где заканчивается?*

Сфера ощущений может расширяться.

— *Какие ощущения вы чувствуете в других частях тела?*

Изменения могут происходить во времени:

— *Оставайтесь с ощущением — куда оно движется и как меняется?*

Иногда требуется более длительный контакт с ощущением.

— *Просто позвольте этому ощущению быть.*

Приведем отрывок из реального диалога при работе с ощущениями:

Терапевт: Что вы чувствуете?

Клиент: Напряжение в плечах.

Т.: Что происходит в теле?

К.: Расслабляются основные мышцы рук.

Т.: Что чувствуете в руках?

К.: Тяжелеют руки.

Т.: Побудьте с этим немного.

К.: Легкая боль в груди.

Т.: Что чувствуете в плечах, почувствуйте, как они расположены, как вы сидите.

К.: Легче стали подошвы, они как будто отрываются от земли.

В процессе работы можно выделить последовательные циклы разрядки травматических переживаний, их смены ресурсными состояниями и вновь появления травматических симптомов, требующих проработки. Отслеживание ощущений во время этих циклов регулируется терапевтом, но, по сути, сами циклы реализуют процесс естественной саморегуляции организма, нарушенный травмой.

Как уже отмечалось, при работе с конкретной травмой прорабатываются ощущения, связанные с травматическим эпизодом, начиная с самых отдаленных и слабых и заканчивая «дном» воронки травмы. Вместе с тем строгое соблюдение хронологии не обязательно, важна правильная последовательность интенсивности симптомов и переживаний. При этом следует обратить внимание на такую особенность соматической терапии травмы: конкретное содержание травматического события не имеет решающего значения и

не обязательно должно описываться. Главное — проживание и отреагирование связанных с ним телесных симптомов.

О завершении работы с травмой свидетельствуют следующие признаки:

- Ощущение завершенности — переход от тревоги к спокойствию, от страха к уверенности.
- Дыхание становится мягче, медленнее, концентрируется в области живота.
- Распространение тепла по телу.
- Дрожь по телу, ощущение интеграции тела.
- Движения легкие, плавные, интегрированные.
- Легкость контакта глаз.
- Ощущение спокойствия, силы, уверенности.

Долговременные эффекты терапии определяются по изменениям в общем функционировании человека: его самочувствия, сна, работоспособности и продуктивности в деятельности, отношения к себе и окружающим.

В целом метод соматической терапии травмы Питера Левина представляется нам одним из наиболее перспективных и эффективных для работы с травматическими переживаниями. Определенным его недостатком можно считать слабую разработанность опыта человека на других психологических уровнях (по сравнению с уровнем ощущений терапевтических изменений), и прежде всего — на уровне смыслов. В связи с этим справедливым следует признать мнение специалистов в области психотерапии о том, что в работе с людьми, перенесшими психическую травму, этот подход необходимо дополнять методами экзистенциальной и гештальт-терапии, направленными на проработку смыслов (Мазур, 2003). Продуктивным, с нашей точки зрения, стало бы применение в дополнение к соматической терапии травмы методов когнитивной психотерапии. Они позволяют прояснить и изменить на сознательном уровне дисфункциональные когнитивные схемы клиента, утратившие в результате соматической работы свое аффективно-энергетическое звено.

Другие подходы к проблеме коррекции последствий психологической травмы у детей и подростков

При организации любой работы с психологическими проблемами клиента должны соблюдаться основные принципы психокоррекции (Осипова, 2000):

- системность коррекционных, профилактических и развивающих задач;
- единство коррекции и диагностики;
- приоритетность коррекции каузального (направленного на устранение причин, а не симптомов) типа;
- учет возрастно-психологических и индивидуальных особенностей клиента;
- активное привлечение ближайшего социального окружения к участию в коррекционной программе;
- и другие.

Для работы с последствиями травматического опыта у детей и подростков особое значение имеет аспект развития. По мнению Дж. Пирса (1997), имея дело с детьми, перенесшими насилие, терапевт должен учитывать уровень развития клиента, соответствовать этапам развития и фокусироваться на последствиях, проявляющихся в развитии. Кроме того, он подчеркивает, что такая работа должна быть всесторонней и основанной на экологических принципах. Это означает охват широкого спектра проблемного поведения, дисфункций, вызванных жестоким обращением, а также проблем, предшествовавших ему. Ребенок должен рассматриваться не в изоляции, а в системе непосредственного окружения (семьи или персонала учреждения).

Существует ряд направлений психотерапии, в которых проводится лечение ПТСР. Традиционная цель интервенций заключается в том, чтобы помочь пациентам освободиться от тяжелых и постоянно преследующих их воспоминаний о прошлом, от переживаний травмы, оптимизировать их состояние и способствовать их активному включению в на-

стоящее. Для этого необходимо включение пережитой человеком травмы в его прошлый опыт, личную историю и образ Я (Horowitz, 1981).

В русле когнитивно-бихевиоральной (поведенческой) психотерапии выделяются техники «скрывающих интервенций» (EBI) и десенсибилизация и переработка травмирующих переживаний посредством движений глаз (EMDR) (Тарабрина, 2001). Первая из них опирается на положение, что обращение пациента к вызывающим страх воспоминаниям приносит терапевтический эффект. В ряде случаев удается уменьшить уровень физиологической реактивности и навязчивые воспоминания за счет десенсибилизации. Вторая техника (Шапиро, 1998) использует ритмичные движения глаз для снятия симптомов дистресса, однако результаты ее применения, как свидетельствует специальная литература, весьма спорны.

Психодинамический подход к травме в последние десятилетия во многом сблизился с когнитивно-информационным и рассматривает процесс терапии как постепенную трансформацию измененных в результате травмы когнитивных схем, в первую очередь образа Я. Однако в большинстве случаев эти подходы и техники разрабатываются для взрослых, страдающих ПТСР.

Относительно терапии детей и подростков, перенесших психическую травму, в литературе шире всего представлены сведения о методах психотерапии и коррекции травм, вызванных сексуальным насилием (Мэнделл, Дамон, 1998; Асанова, 1997; Пирс, 1997; Липовски, Эллиот, 1997; Zahn, Schug, 1993 и др.). К ним прежде всего относятся методы когнитивно-эмоциональной терапии, в рамках которой оживляются воспоминания ребенка о травме и прорабатываются проблемы ответственности и стыда, стигматизации, беспомощности, самооценки, отношения к другим, доверия. При этом подчеркивается значение условий безопасности и защиты, в которых проводится работа (Липовски, Эллиот, 1997).

В качестве дополнительных методов работы со страхами и другими эмоциональными проблемами, связанными с перенесенными детьми и подростками травмами, могут ис-

пользоваться техники поведенческой терапии (Юл, Уильямс, 2001), игровой терапии, нейролингвистического программирования, арттерапии. Последние помогают отреагировать напряжение и снять симптомы, связанные с негативными эмоциональными переживаниями. Вместе с тем такие вмешательства, предпринятые сами по себе, имеют, как правило, временный эффект. Их следует применять в сочетании с другими терапевтическими подходами.

Н.К. Асанова обращает внимание на полезность участия подростков — жертв сексуального насилия в групповой работе, так как это позволяет им преодолеть ощущение изоляции, стигматизации. Однако для участия в группе необходим подготовительный этап индивидуальной терапии. В семьях, имеющих ребенка, подвергшегося сексуальному насилию, благоприятно проведение семейной психотерапии. Вместе с тем большинство подобных моделей работы предполагают пребывание детей вне интернатных условий. Специфика же учреждений интернатного типа, связанная с постоянным пребыванием ребенка в одной и той же группе, вынужденностью такого общения и невозможностью уединения, трудностями соблюдения конфиденциальности, обязательно должна учитываться при организации психокоррекционной работы.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Выявление психологической травматизации, адекватная диагностическая оценка характера и степени выраженности ее последствий имеют первостепенное значение для психокоррекционной и реабилитационной работы с ребенком или подростком. Для решения задач диагностики необходим валидный и надежный инструментарий, позволяющий охватить все важные стороны и негативные эффекты психологической травмы. Можно выделить следующий круг вопросов, которые должна решать такая диагностика.

1. Характеристики травматизации

- Содержательный характер и тип травмы (эмоциональная, сексуальная, физическая травма и т.п.; смерть близких, избиения, изнасилования и т.п.).
- Хронический или острый тип травмы. При хроническом типе — длительность травматических событий.
- Возраст, в котором была пережита травма.
- Множественность травматизации (несколько видов травм одновременно).

2. Характеристики последствий травматизации

А. Психологические

- В эмоциональной сфере (особенности эмоционального фона, преобладающего настроения, колебаний эмоций, раздражительность, чувствительность к определенным темам и стимулам и др.).
- В когнитивной сфере (трудности сосредоточения, снижение продуктивности интеллектуальной деятельности и др.).
- В личностной сфере (изменение мотивов и смыслов деятельности, основных отношений, в частности, отношения к себе, после травмы; развитие определенных личностных особенностей, таких как тревожность, боязливость как результат травматизации).
- В сфере общего функционирования и конкретных видов деятельности, характерных для данного возраста (пониженная активность, плохое самочувствие, низкая продуктивность деятельности).
- В сфере общения (избегание общения, замкнутость, конфликтность).

Б. Клинические

- Симптомы ПТСР: повторные переживания травмы; избегание стимулов, связанных с травмой, блокировка эмоциональных реакций; нарастающее возбуждение; нарушения в социальной, профессиональной или других видах деятельности (подробное описание см. выше).

Очевидно, что психическая травма имеет комплексный характер и оптимально рассматривать ее в междисциплинарном контексте с участием психологов и психиатров. Это

позволяет наиболее точно и адекватно оценить, имеется ли в последствиях травматизации клиническая составляющая и насколько она выражена. Сотрудничество психиатра и психолога особенно актуально в тех случаях, когда, помимо признаков психологической травматизации, у ребенка или подростка обнаруживаются симптомы других расстройств психики. Подобную возможность всегда следует учитывать, в особенности, если речь идет о подростках с девиантным поведением. В случаях сочетания ПТСР с иными психическими нарушениями лечебная и коррекционная работа с пациентом должна вестись в единой системе. В связи с этим одним из методов исследования проблемы последствий психической травматизации является клиническое обследование, выполняемое по специально разработанной карте и направленное на выявление как симптомов ПТСР, так и других психических нарушений.

Несмотря на актуальность проблемы стресса, психологической травматизации, посттравматического стрессового расстройства, отечественных методических разработок в этой сфере пока мало. Одна из немногих фундаментальных работ, в которой описываются методы диагностики ПТСР, — книга Н.В. Тарабриной «Практикум по психологии посттравматического стресса» (2001). В ней приводятся наиболее известные и эффективные методики, позволяющие диагностировать стрессовые состояния, вызванные психологической травмой, которые были разработаны за рубежом, переведены и адаптированы автором и ее сотрудниками. К ним относятся Шкала для клинической диагностики ПТСР, Шкала оценки травматического события, Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций, Шкала диссоциации. Большая часть этих методов, однако, имеет клинический характер и предназначена для взрослых. Для детей и подростков от 10 до 13 лет Н.В. Тарабриной было разработано Полуструктурированное интервью для оценки травматических переживаний детей, которое проводится в сочетании с опросом родителей по анкете для оценки таких переживаний детей. Интервью включает в себя скрининговую часть и набор из 42 вопросов, построенных на основании симптомов

критериев A, B, C, D, F для клинической диагностики ПТСР DSM III-R* и DSM-IV (описание критериев приводилось выше). Автором описывается процедура проведения интервью, учитывающая возрастные особенности испытуемого и возможное влияние на него травматических переживаний. Так, после установления психологического контакта с испытуемым на первом этапе проводится беседа о травматических событиях, которые случаются с детьми, и задается вопрос о самом неприятном событии, происшедшем с ребенком. Если спонтанно такое событие ребенком не отмечается, проводится скрининговый опрос по списку травматических событий, которые могли привести к ПТСР. При выделении травматизирующего события дальнейший опрос касается посттравматической симптоматики по соответствующим критериям клинической диагностики. Если же такое событие не указывается, вопросы фокусируются на переживаниях ребенка за последний месяц безотносительно к каким-либо событиям. Наконец, на стадии завершения чрезвычайно важно проведение специальной работы по устранению негативных эмоций, вызванных воспоминаниями о травматическом эпизоде. Интервью дополняется данными анкетирования родителей, отражающими сведения о травматическом событии, а затем о чувствах и поведении ребенка, которые могли бы свидетельствовать о последствиях психологической травмы.

Описанные методы позволяют дать клинико-психологическую оценку реакции ребенка на пережитую травму. Однако помимо непосредственных симптомов ПТСР, субъективно тяжелое событие может отражаться и в других психологических и соматических феноменах. Существующие методы диагностики этих явлений до сих пор мало использовались для комплексной оценки последствий психологической травмы. По нашему мнению, выявление связей между их результатами и

* DSM-III-R (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, revised) — Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 3-го пересмотра, уточненное; классификация психических заболеваний, предшествующая DSM-IV.

признаками посттравматического стрессового расстройства способствовало бы пониманию их возможностей в решении данной задачи и расширению комплекса методов для диагностики последствий психологической травмы за счет включения в него наиболее информативных инструментов исследования.

Психологическая травматизация может служить причиной разнообразных психосоматических расстройств, которые часто не распознаются как таковые. С нашей точки зрения, соотнесение результатов оценки ПТСР и Гиссенской шкалы (опросника соматических жалоб) позволило бы выявить некоторые характеристики психосоматических отношений и определить место названного опросника в арсенале диагностики посттравматических последствий.

В эмоциональной сфере с последствиями травмы тесно связаны депрессия и тревога. Для оценки выраженности депрессивных переживаний часто применяется Опросник депрессивности Бека (Тарабрина, 2001). Ситуативное чувство тревоги и тревожность как личностная характеристика могут быть оценены при помощи Шкалы самооценки (Спилбергера — Ханина).

Наибольшее негативное влияние травмы констатируется в том случае, если она действует настолько длительно и мощно, что вызывает глобальные изменения в личностной сфере, в области наиболее значимых смыслов, к которым относится переживание человеком собственного Я. Пониженное уважение к себе, низкая самооценка, негативное самоотношение представляют собой серьезные проблемы личностного развития. Эти параметры диагностируются при помощи Опросника самоотношения (Столин, Пантилеев, 1993).

Перечисленные диагностические инструменты представляют собой далеко не полный спектр методов, способных дать важную информацию о различных аспектах последствий психологической травматизации. Все они, к сожалению, изначально предназначались для использования на взрослой популяции. Однако наши предшествующие исследования психологических особенностей подростков с девиантным поведением показали принципиальную возможность и эффективность их применения и для данного контингента испытуемых.

При проведении психокоррекционной работы следует активно использовать один из основных ее принципов (Осипова, 2000): единства коррекции и диагностики. Поведение подростка во время сеанса индивидуальной психотерапии, его эмоциональные проявления, высказывания, продукция деятельности могут служить для диагностики феноменов, связанных с психологической травмой и динамикой ее проработки.

Тем не менее еще одна важная методическая проблема при работе с последствиями психологической травмы заключается в отборе инструментов, позволяющих оценить результаты психокоррекции, направленной на устранение последствий психической травматизации. Эффекты такой работы могут быть как непосредственными, или краткосрочными, так и более отдаленными, долгосрочными. Непосредственные эффекты проявляются в изменении эмоционального настроя, соматического состояния, устранении некоторых симптомов ПТСР. Долгосрочные результаты могут выражаться, во-первых, в устойчивости позитивных изменений, достигнутых на начальном этапе, и, во-вторых, в повышении общей продуктивности человека и изменении более глобальных личностных характеристик: в снижении уровня тревожности, улучшении самоотношения, смысловых комплексов. Для оценки каждой категории результатов необходимы свои методы. Так, определение краткосрочного эффекта в рамках одного сеанса психокоррекции возможно при помощи оценочных шкал методики САН (Самочувствие, Активность, Настроение), раскладки цветовых предпочтений (тест Люшера, ЦТО). Изменение некоторой симптоматики ПТСР в краткосрочном варианте фиксируется путем опроса.

Для выявления долгосрочных эффектов психокоррекционной работы необходимо проведение тех же диагностических методов, которые использовались для выявления травматической симптоматики и связанных с травмой феноменов спустя определенный относительно длительный отрезок времени. Сохранение или усиление положительных результатов будет свидетельствовать об эффективности примененных психокоррекционных средств.

Глава II

ПОСЛЕДСТВИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ (эмпирическое исследование)

Для анализа последствий психологической травмы у подростков с девиантным поведением и выбора адекватных методов диагностики и коррекции этих последствий было проведено эмпирическое исследование на базе специальных учебно-воспитательных учреждений Министерства образования РФ. Выборку составили 80 подростков, из них 56 воспитанниц специального училища № 1 г. Покров Владимирской области и 24 воспитанника специальной школы пос. Шексна Вологодской области. Все обследованные подростки были в возрасте от 12 до 17 лет. Средний возраст девочек составил 14,80±1,12 лет, мальчиков — 14,30±1,23 лет. Несмотря на различие в возрасте между группами почти в полгода, статистически достоверной эта разница не является.

ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психическая (психологическая) травма как реакция человека на событие, нарушающее возможности его нормальной адаптации и саморегуляции, представляет собой комплексный клинико-психологический феномен и предмет междисциплинарного исследования. Его следует рассматривать не изолированно, а в контексте характеристик общего психического развития и психического состояния подростка. Это особенно важно при наличии сопутствующих психических расстройств. В то же время в устранении последствий

психической травмы большую роль играют нормальные процессы саморегуляции организма человека, его собственная активность.

Методы диагностики психической травматизации у подростков с девиантным поведением следует подбирать таким образом, чтобы с их помощью можно было решать следующие задачи.

- Определение характеристик травмы: типа травматического события и его последствий в психологическом и клиническом планах.
- Оценка более широких проявлений феномена травматизации на соматическом, эмоциональном и личностном уровнях.
- Диагностика эффективности психокоррекционных мероприятий в краткосрочном и долгосрочном вариантах.

Выбор методов коррекции последствий психической травмы у подростков с девиантным поведением необходимо проводить с ориентацией на устранение причин травматизации и проработку травмы на различных уровнях организации психической деятельности. В качестве ведущего метода перспективной представляется соматическая терапия травмы по Питеру Левину. Для проработки образного уровня при этом полезно применение техник арттерапии, смыслового — методов экзистенциальной и гештальт-терапии.

Методы исследования

Описание психической травмы и оценка степени выраженности посттравматического стрессового расстройства проводились при помощи ***Полуструктурированного интервью для оценки травматических переживаний детей*** (приложение 1), разработанного Н.В. Тарабриной (2001). Несмотря на то что интервью изначально предназначалось для детей и подростков от 10 до 13 лет, проживающих в семье, мы сочли возможным после соответствующей модификации

использовать его для исследования последствий психической травмы у воспитанников специальных учреждений для подростков с девиантным поведением.

Интервью включает в себя скрининговую часть, в которой выясняется подверженность подростка психологической травматизации, и набор из 42 вопросов. Вопросы интервью построены на основании симптомов критериев A, B, C, D и F ПТСР (в бланке интервью отмечена отнесенность вопроса к тому или иному критерию). Изменения внесены нами преимущественно в блок F, характеризующий особенности функционирования интервьюируемого в соответствии с условиями пребывания в учреждении закрытого типа. В частности, в вопросах 19 и 27 слово «родители» было заменено на «воспитатели». В вопросах 23 и 24 «друзья и одноклассники» были заменены на «других воспитанников (воспитанниц)». Изменениям подвергся порядок предъявления вариантов травм при скрининговом опросе по методике. Первые места заняли те виды травм, которые, по результатам предшествующих исследований, чаще встречаются у данного контингента подростков: физическое насилие, эмоциональные и сексуальные травмы. Были исправлены технические ошибки, обнаруженные нами в регистрационном бланке оригинальной версии методики.

Общий индекс посттравматической реакции оценивается суммированием баллов по каждому из критериев A, B, C, D и F. Критерий A интервью дает возможность провести типологию психологических травм, пережитых воспитанниками специальных учебно-воспитательных учреждений. Остальные критерии позволяют оценить характер и степень выраженности их последствий.

От использования Родительской анкеты для оценки травматических переживаний детей, в оригинальном варианте дополняющей Интервью и составляющей с ним единый комплекс, нам по понятным причинам пришлось отказаться. Вместо этого в свободной форме проводился опрос воспитателей о замечаемых ими признаках, которые могли бы хотя бы косвенно свидетельствовать о признаках ПТСР.

Следующую группу методик составили шкалы и опросники, определяющие более широкий круг *психологических последствий травмы на соматическом, эмоциональном и личностном уровнях.*

Для оценки соматических последствий психологической травматизации использовалась ***Гиссенская шкала, или Опросник соматических жалоб*** (приложение 2). Эта методика используется в медико-психологических исследованиях и направлена на выявление наличия и выраженности проблем в области: 1) общего самочувствия и энергии организма (шкала E); 2) головных и суставных болей (G); 3) проблем желудочно-кишечного тракта (M); 4) сердечно-сосудистой системы (H). Соматические симптомы часто сопровождают стрессовые расстройства, особенно если последние имеют хронический характер. В связи с этим сами по себе соматические жалобы могут указывать на имеющееся психологическое неблагополучие. Обработка проводится путем суммирования баллов по каждой из шкал.

Эмоциональный уровень психологической травматизации оценивался при помощи ***Опросника депрессивности Бека (BDI)*** (приложение 3). Текст опросника заимствован из книги Н.В. Тарабриной (2001). Методика предназначена для оценки наличия депрессивных симптомов у обследуемого на текущий период. Оригинальная шкала содержит 21 утверждение, каждое из которых представляет собой отдельный тип психопатологической симптоматики и включает в себя пункты, направленные на выявление печали, пессимизма, ощущения невезучести, неудовлетворенности собой, чувства вины, ощущения наказания, самоотрицания, самообвинения, суицидальных мыслей и др. В целом он доступен для заполнения подростками за исключением вопроса № 21 (о потере интереса к сексу как показателе депрессивного состояния). Этот вопрос не был включен в используемый вариант текста. Шкалы опросника дают возможность определить степень выраженности депрессивной симптоматики, так как каждая из них представляет собой группу вопросов, состоящую из четырех утверждений, соответственно оцениваемых в баллах от 0 до 3.

Максимально возможная сумма баллов с учетом исключенного нами вопроса — 60. Несмотря на сокращение числа вопросов, мы сочли возможным условно пользоваться обычными для первоначального варианта критериями оценки выраженности депрессии, согласно которым при суммарном балле меньше 9 констатируется отсутствие депрессивных симптомов; сумма баллов от 10 до 18 характеризует умеренную степень депрессии, от 19 до 29 баллов — критический уровень, от 30 до 60 — выраженную депрессивную симптоматику.

Вторая методика, позволяющая оценить как эмоциональную, так и *личностную составляющую* травматических последствий, — ***Шкала самооценки*** (Спилбергера — Ханина) (приложение 4). Она предназначена для исследования уровня тревожности в данный момент (ситуационная тревожность) и тревожности как устойчивой характеристики (личностная тревожность). Тест состоит из двух шкал по 20 утверждений в каждой, оценивающих ситуационную и личностную тревожность. Испытуемый оценивает свое состояние и особенности личности в соответствии с приведенной в тесте инструкцией.

При обработке результатов *ситуационная тревожность* определяется результатом вычитания из суммы ответов на вопросы 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 суммы ответов на вопросы 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. К этой разности прибавляется 35.

Аналогично *личностная тревожность* подсчитывается как разность между суммой ответов на утверждения 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 и 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39, к которой также прибавляется 35.

Результат меньше 30 свидетельствует о низкой тревожности, 31—45 — умеренной, 46 и более — высокой.

Еще один аспект *личностных характеристик*, которые могут быть связаны с психологической травматизацией, — отношение подростков к себе. У подростков, перенесших психологическую травматизацию (в частности, сексуальную), отношение к себе изменяется на более негативное. По дан-

ным предшествующих исследований, самоотношение девочек с девиантным поведением в значительной степени зависит от отношения к ним родителей (Дозорцева, 2002). В этой связи низкий уровень самоотношения может указывать на травмы развития, зачастую вызванные жестоким обращением, включая физическое и эмоциональное. О характере отношения подростка к себе свидетельствуют результаты ***Опросника самоотношения*** (Столин, Пантилеев, 1988, 1993) (приложение 5), который включает в себя 57 утверждений. Испытуемому предлагается выразить согласие либо несогласие с предложенными утверждениями. По результатам опроса выделяются различные по уровню обобщенности отношения субъекта к самому себе и соответствующие им 11 показателей. Для нас представляют интерес 4 наиболее обобщенных характеристики, по которым обнаружились максимальные различия в группах делинквентных и социально адаптированных девочек. Это показатели глобального самоотношения, самоуважения, аутосимпатии и ожидаемого отношения других. Ключи обработки по названным параметрам представлены в приложении 5.

Третью группу методик составили шкальные и проективные методы, направленные на выявление эффективности коррекционной работы.

Для динамической оценки изменений состояния подростка в процессе коррекционной работы использовалась ***методика САН (Самочувствие, Активность, Настроение)*** (приложение 6). Методика предназначена для оценки общего самочувствия, активности и настроения испытуемого на данный конкретный момент. Проведение методики до и после сессии позволяет определить как проблемы в изначальном состоянии подростка (что дополнит информацию о его посттравматических симптомах), так и сдвиги, произошедшие в его состоянии в результате работы над последствиями психологической травмы.

Опросник состоит из 30 пар полярных характеристик, по которым испытуемый должен оценить свое состояние.

При подсчете крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в один балл, а крайняя степень выраженности позитивного — в семь баллов. Полюса шкал меняются, но высокие баллы всегда связаны с позитивными полюсами, низкие — с негативными. Баллы суммируются по трем основным оцениваемым категориям:

Самочувствие: шкалы 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активность: шкалы 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настроение: шкалы 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Полученные результаты в каждой категории делятся на 10. Оценки выше 4 баллов свидетельствуют о благоприятном состоянии испытуемого, ниже — о неблагоприятном. Нормальные оценки состояния лежат в диапазоне 5,0—5,5 балла.

В качестве дополнительных методик, которые могут косвенным образом указать на изменения в функциональном и эмоциональном состоянии подростков, по окончании сеанса психокоррекции нами применялись ***Цветовой тест Люшера и цветовой тест отношений (ЦТО)***. Это один из наиболее известных и часто применяемых на практике проективных методов (в других модификациях — Метод цветовых выборов). В нашей работе используется лишь один фрагмент теста, а именно — раскладка испытуемым 8 стандартных цветов (синий, зеленый, красный, желтый, фиолетовый, коричневый, серый, черный) по предпочтению без дальнейшей содержательной интерпретации.

Цветовой тест отношений (ЦТО) (Эткинд, 1987, 1988), позволяет дополнить сведения о сфере травматических переживаний. Его процедура заключается в следующем. Испытуемому зачитывается список из 70 специально подготовленных понятий (приложение 7) и предлагается подобрать к каждому из стимульных слов один из цветов теста Люшера, который он считает наиболее «подходящим» именно к этому слову по его собственному «внутреннему чувству».

Стимульные слова выбираются таким образом, чтобы они могли наиболее полно охватить смысловую сферу подростка. В список входят понятия, обозначающие самого испытуемого в различных рефлексивных позициях («Я сам(а)», «я, какой я хотел(а) бы быть» и.т.п.), важных для испытуемого людей («отец», «мать», «брат» и.т.п.), сферы жизни и занятия («жизнь», «работа», «учеба»), временные («прошлое», «настоящее», «будущее») и половозрастные категории («девочка», «мальчик», «мужчина», «женщина»). Помимо этого, в набор слов включаются, как правило, полярные эмоциональные, этические и эстетические категории («добро» — «зло», «счастье» — «горе», «красота» и др.). В зависимости от характера и сферы травмы в список могут быть включены слова, имеющие отношение к травматическому событию или связанным с ним людям, актуальным состояниям, переживаниям и т.п. По результатам цветоассоциативного эксперимента определяется, какие слова вызывают у испытуемого негативные переживания. На это указывают ассоциации с черным, коричневым и серым цветами, а также цветоассоциативные пересечения (ассоциации с одними и теми же цветами) значимых для испытуемого понятий и негативных оценочных эмоциональных и этических категорий.

Этапы исследования

Исследование разделялось на следующие этапы:

- подготовительный;
- диагностический;
- психокоррекционный;
- этап обработки и обобщения результатов.

Во время *подготовительного этапа* анализировалась литература, подготавливались методики обследования.

На *диагностическом этапе* выполнялось скрининговое обследование путем группового заполнения опросных и шкальных методик (опросники Бека, Спилбергера — Ханина, Столина и Пантилеева, Гиссенская шкала). Затем на той

же выборке в индивидуальном варианте проводился опрос по пунктам Полуструктурированного интервью для оценки травматических переживаний детей, а также клиническое обследование. По их результатам отбирались подростки для индивидуальной психокоррекции. Критерием отбора было наличие клинически верифицированного посттравматического расстройства или его существенных признаков, не образующих четкой клинической картины.

На *этапе психокоррекции* проводилась индивидуальная работа с воспитанниками в течение одного или нескольких сеансов. До и после сессий подростки заполняли бланки методики САН, что позволяло оценить характер и степень изменения их состояния. Спустя некоторое время проверялась динамика симптомов ПТСР.

Этап *обработки и обобщения результатов* включал в себя, помимо первичной обработки полученных материалов:

- — сравнительный анализ данных в выборках по полу;
- — корреляционный анализ результатов для отбора наиболее информативных диагностических средств, которые могут быть использованы в дальнейшей работе с проблемами психологической травматизации;
- — качественный и статистический анализ результатов психокоррекции.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Психологические травмы и травматические переживания у подростков с девиантным поведением

Результаты, полученные с помощью Полуструктурированного интервью для оценки травматических переживаний у воспитанников специальных учебно-воспитательных учреждений, подтверждают сведения других исследователей о том, что многие подростки с девиантным поведением проявляют признаки психологической травматизации.

Таблица 1

Физическое насилие

Характеристика травматизации	Мальчики (n = 23) в %	Девочки (n = 38) в %
Всего подверглись физическому насилию	73,9	71,1
Внутрисемейное насилие		
Насилие по отношению к подростку со стороны:		
– отца (отчима)	30,4	42,1
– матери	8,7	**23,7**
– других родственников	4,4	7,8
Присутствие при насилии по отношению к близким	—	2,6
Внесемейное насилие		
– со стороны взрослых	8,8	10,5
– со стороны подростков	**34,8**	21,1
Возраст травматизации:		
– дошкольный	11,8	18,5
– младший школьный	35,3	**51,9**
– подростковый	**52,9**	29,6

Для того чтобы оценить масштаб и качественные особенности травматизации, анализировались представленность отдельных видов травм и их характеристики в группах девочек и мальчиков.

В таблице 1 представлены данные о физическом насилии, перенесенном подростками. Они свидетельствуют о том, что более 70% воспитанников специальных учреждений были его жертвами, причем мальчики и девочки примерно в равной степени. Обращает на себя внимание определенная гендерная разница в характере насилия. Так, девочки в большей степени, чем мальчики, испытывают физическое насилие внутри семьи, причем значительно чаще, чем их сверстники, — со стороны матери. Мальчики же в большей степени

становились жертвами физического насилия вне семьи со стороны других подростков. Девочки подвергались избиениям в более младшем возрасте, чем мальчики. Если больше половины мальчиков испытали насилие, уже будучи подростками, то 70% девочек — до наступления подросткового периода, преимущественно в младшем школьном возрасте.

Таблица 2 отражает подверженность подростков эмоциональной травматизации в результате смерти близких. Здесь также видна разница между мальчиками и девочками: девочки существенно чаще называют в качестве тяжелого, оставившего эмоциональный отпечаток события смерть члена семьи. Они чаще, чем мальчики, упоминают смерть родителей, особенно отца. Примерно с одинаковой частотой мальчики и девочки называют в качестве травматичного события смерть прародителей. Это и неудивительно, учитывая, что в большинстве случаев родительские семьи у подростков неблагополучны и в воспитании детей большую роль играют бабушки и дедушки.

Интересно, что здесь отчетливо проявляется гендерная разница в предпочтениях и эмоциональная значимость прародителя своего пола. Для мальчиков в большинстве случаев (39,8%) травматична утрата дедушек, а для девочек (39,5%) — бабушек. Обращает на себя внимание, что в группе девочек существенно выше (26,3% против 8,7% у мальчиков) число случаев потери близких в результате насильственной смерти, в равной степени — убийства и самоубийства. Эмоциональные травмы вследствие смерти близких и мальчики, и девочки испытывали относительно чаще в подростковом возрасте.

Еще один вид насилия, которому, как уже говорилось, уделяется особое внимание в исследованиях, особенно зарубежных, — сексуальное.

Существенное различие между обследованными группами подростков проявилось в том, что все опрошенные мальчики отрицали какие-либо сексуальные посягательства по отношению к себе (это, однако, не означает, что их не было). В связи с этим в таблице 3 представлены данные о сексуаль-

Таблица 2

Эмоциональная травма в связи со смертью близкого человека

Характеристика травматизации	Мальчики (n = 23) в %	Девочки (n = 38) в %
Всего пережили смерть близкого человека	60,9	**86,8**
В семье		
смерть:		
– отца	4,4	**26,3**
– матери	8,7	15,8
– бабушки	17,4	**39,5**
– дедушки	**39,8**	18,4
– брата	—	5,3
– другого родственника	4,4	5,3
Вне семьи		
– смерть друга	8,7	7,9
Насильственная причина смерти,		
в том числе:	8,7	**26,3**
– убийство	—	13,2
– самоубийство	8,7	13,2
Возраст травматизации:		
– дошкольный	14,3	21,2
– младший школьный	35,7	33,3
– подростковый	50	45,5

ном насилии, перенесенном только девочками. Как показывают полученные результаты, среди воспитанниц специального училища немногим менее половины в той или иной форме испытали сексуальную травму. Это даже превышает показатель, полученный нами в предшествующих исследованиях, в которых около 40% воспитанниц сообщили о перенесенном сексуальном насилии (Дозорцева и др., 2002). Из числа потерпевших от этой формы жестокого обращения большая

Таблица 3

Сексуальное насилие

Характеристика травматизации	Девочки (n=38) в %
Всего подверглись сексуальной травме	47,4
Вид сексуального насилия	
– домогательства, попытки изнасилования	28,9
– изнасилования	18,4
– в том числе инцест	2,6
Возраст травматизации	
– дошкольный	5,6
– младший школьный	11,1
– подростковый	83,3

часть (28,9%) перенесла попытки изнасилования и иные сексуальные посягательства, меньшая (18,4%) — изнасилования, в том числе инцестного характера. Подавляющее большинство девочек стали объектом сексуального насилия в подростковом возрасте. Однако внимания специалистов заслуживает и тот факт, что каждая шестая девочка (16,7%) перенесла сексуальное посягательство еще до достижения этого возраста. По данным исследований (Морозова, 1998), в подобных случаях сексуальное насилие может рассматриваться преимущественно не как шоковая травма, а как травма развития, искажающая процесс личностного формирования.

Возвращаясь к мальчикам, воспитывающимся в специальных учреждениях, следует отметить, что «отсутствие» у них сексуальной травматизации является лишь кажущимся. Из 22 подростков, выполнивших методику ЦТО, 31,8% связали понятие «секс» с черным цветом, который одновременно ассоциировался у них с такими категориями, как «страх», «смерть», «зло», «горе», «ненависть». У 45,5% это понятие было связано с комплексом дополнительных цве-

тов (черный, серый, коричневый), которые в норме занимают последние места по предпочтению и чаще всего также имеют негативные смысловые связи. Эти данные могут служить косвенным свидетельством неблагополучия воспитанников специальных учреждений как в плане сексуальной травматизации, так и в области психосексуального развития в целом.

Перечисленные основные типы травм не исчерпывают психологической травматизации подростков с девиантным поведением. В таблице 4 представлены остальные варианты событий, которые были отмечены в интервью как имеющие травматический характер.

Приведенные в таблице данные показывают, что как мальчики, так и девочки часто подвержены различным иным видам травматизации. Однако по таким видам травмирующих событий, как пребывание в учреждениях интернатного типа, госпитализации, хирургические операции, между девочками и мальчиками различия отсутствуют. В то же время, как и следовало ожидать, мальчики значительно больше девочек (69,5% против 44,7%) подвержены физическим травмам в связи с несчастными случаями. Несколько чаще они оказывались и жертвами вторичной травматизации в качестве свидетелей самоубийств и несчастных случаев со смертельным исходом. В то же время девочками отмечался ряд специфических психотравмирующих событий, которые мальчиками не упоминались. К ним относятся присутствие при убийстве, совершаемым другими или собственное участие в убийстве, попытки самоубийства, развод родителей, венерические заболевания и отобрание ребенка.

В целом следует отметить, что за исключением некоторых видов травм у девочек психологическая травматизация представлена в данных интервью шире, чем у мальчиков. Это отражается и в таком показателе, как множественность травм, рассчитываемом как количество отдельных видов травм, приходящихся на одного подростка (данные представлены в таблице 5). Они показывают, что у большинства маль-

Таблица 4

Другие психологические травмы

Характеристика травматизации	Мальчики (n = 23) в %	Девочки (n = 38) в %
Несчастные случаи с телесными повреждениями (в том числе транспортные аварии, падения, утопления, укусы животных и др.)	**69,5**	44,7
Хирургические операции	13,0	13,5
Госпитализации	39,1	42,1
Пребывание в детском доме, интернате, приюте	17,4	23,7
Присутствие при случае самоубийства или несчастном случае со смертельным исходом	**21,8**	10,5
Присутствие при убийстве или совершение убийства	—	7,9
Собственная попытка самоубийства	—	7,9
Развод родителей	—	5,3
Венерическое заболевание	—	5,3
Лишение родителей прав на ребенка и помещение его в интернатное учреждение	—	2,6

чиков число психотравмирующих событий, отмеченных в интервью, не превышает 3—4, в то время как у половины девочек аналогичное количество составляет 5 и более.

Обобщая результаты исследования содержания психотравмирующих событий и их количественной выраженности у девиантных подростков, следует отметить высокую значимость проблемы психологической травматизации для этого контингента подростков. Обращает на себя внимание то, что у девочек большая часть показателей в этой сфере превыша-

Таблица 5

Множественность психологических травм

Количество травм у одного подростка	Мальчики (n = 23) в %	Девочки (n = 38) в %
1	4,4	5,2
2	21,7	10,5
3	26,1	15,8
4	34,8	18,4
5 и более	13,0	50,0

ет аналогичные результаты у мальчиков. Для них характерен высокий уровень травматизации в результате физического насилия в семье, причем со стороны обоих родителей. Большинство воспитанниц специального училища переживают эмоциональные травмы вследствие смерти близких людей, причем относительно чаще, чем их сверстники-мальчики, в качестве травмы они переживают потерю отца, матери и бабушки. В значительном числе случаев утрата близких происходит в результате насильственной смерти, что придает этому событию особенно травмирующий характер. Широко распространены среди девочек случаи сексуального насилия, оказывающие неблагоприятное влияние на все личностное и психосексуальное развитие подростков. Часто психологическая травматизация девочек начинается в относительно раннем возрасте, до наступления подросткового периода.

Мальчики, как и девочки, подвержены всем основным видам травм. Относительно лидируют они по физической травматизации, связанной с насилием вне семьи, в частности, со стороны других подростков, а также с несчастными случаями. Кроме того, они чаще становятся свидетелями насилия и несчастных случаев, происшедших с другими людьми.

Помимо оценки качественных характеристик и представленности психологических травм (критерий А), Полу-

структурированное интервью Н.В. Тарабриной дает возможность оценить количественные параметры симптомов ПТСР и по критериям A, B, C, D, F (DSM-IV). Сравнительные данные о средних значениях сумм баллов по названным критериям отражены в таблице 6.

При сходной выраженности непосредственных переживаний травмы и проблем социального функционирования в группах, выделенных по гендерному признаку, у девочек существенно больше представлены признаки ПТСР, связанные с неотреагированным возбуждением, избеганием травматической стимуляции и блокировкой эмоций.

Таким образом, девочки демонстрируют не только более высокую подверженность психологической травматизации, но и бо́льшую выраженность симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Можно выдвинуть несколько гипотез о причинах полученной гендерной разницы данных. С одной стороны, допустимо предположение, что девочки, как и взрослые женщины, вообще значительно меньше мальчиков и мужчин склонны к социально девиантному поведению. Для того чтобы толкнуть их на этот путь, нужны очень весомые социальные, психопатологические или психологические причины, к которым относится и переживаемая девочками интенсивная психологическая травматизация. С другой стороны, мы не склонны считать, что мальчики в существенно меньшей степени, чем девочки, становятся объектом жестокого обращения и менее подвержены действию психотравмирующих факторов. С нашей точки зрения, здесь речь идет об осознании ими и предъявлении симптомов психологической травматизации. В этой связи справедливым представляется мнение Н.К.Асановой относительно особенностей переживания психологических травм мальчиками: «В результате социализации подростки мужского пола менее открыты к выражению и проявлению чувств, чем подростки женского пола, им труднее говорить об этом. Поэтому вербализация переживаний и выражение эмоций в мужской группе достигаются с большим трудом» (Асанова, 1997, с. 232—233).

Таблица 6

Средние значения критериев ПТСР в группах мальчиков и девочек с девиантным поведением

Критерии	Средние значения		Статистическая значимость различий (по t критерию Стьюдента)
	Мальчики	Девочки	
A Переживания в момент травмы	7,00	6,15	Нет различий
B Повторение переживаний	6,33	10,09	0,006
C Избегание, блокирование эмоций	9,00	13,00	0,0009
D Возрастающее возбуждение	7,76	12,18	0,001
F Нарушения функционирования	4,33	5,48	Нет различий

Нам кажется, что именно усвоение мужского гендерного стереотипа, который у многих делинквентных подростков приобретает искаженный гипермаскулинный характер (Дозорцева, 2002), мешает осознать и адекватно выразить чувства, связанные с пережитыми психологическими травмами. Этими же причинами, в частности, можно объяснить и отказ мальчиков раскрывать проблемы перенесенного ими сексуального насилия. Не исключено также, что с последствиями психологической травмы у них связана проблема агрессивности. Возможно, отреагирование внутреннего напряжения, обусловленного психотравмирующим событием, достигается у них в большей степени за счет «реакций борьбы» или агрессивных действий, что также в высокой степени согласуется в их смысловой картине мира с представлением о себе как мужчине. Гендерные социальные сте-

реотипы девочек затрудняют или блокируют прямую непосредственную агрессию и в большей степени допускают «реакции избегания», что не всегда дает возможность эффективной разрядки. В то же время с позиций социокультуральных норм девочкам позволяется более открыто выражать свои эмоции, потребность в помощи и получать такую помощь. Все это свидетельствует о том, что нужна специальная и более глубокая разработка проблем психологической травматизации у мальчиков, в частности, распознавания и психокоррекции сексуальных травм.

Переживание травмы и показатели клинико-психологических диагностических методик

Согласно нашей гипотезе, переживания психологической травмы у подростков могут найти отражение в показателях методик, диагностирующих соматическую, эмоциональную и личностную сферы. Подтверждение этого предположения позволит выделить те показатели, которые наиболее тесно связаны с изучаемыми феноменами и могут служить в качестве маркеров последствий психологической травмы при психодиагностическом сканировании. Это даст возможность выделения среди девиантных подростков группы риска по психологической травматизации, нуждающейся в более глубоком индивидуальном клинико-психологическом обследовании и последующих психокоррекции и реабилитации.

Результаты заполнения опросников депрессивности (Бека) и тревожности (Спилбергера — Ханина) позволили оценить степень выраженности у подростков соответствующих параметров.

По Опроснику депрессивности Бека выраженная депрессивная симптоматика была обнаружена у 11,8% девочек, при этом она отсутствовала у мальчиков. Критический уровень депрессии продемонстрировали 39,2% девочек и

лишь 9,52% мальчиков. Таким образом, более половины девочек характеризовались высокими показателями депрессивной симптоматики, тогда как для мальчиков это нехарактерно. Аналогичным образом высокая ситуационная тревожность по Опроснику Спилбергера — Ханина была выявлена у 26,5% девочек и не обнаруживалась у мальчиков. Высокие значения личностной тревожности свойственны 75,5% девочек и 35% мальчиков.

Выраженно низкие показатели общего самоотношения обнаружились у 8,7% девочек, умеренно — у 32,6% (методику «Самоотношение» Столина и Пантилеева выполняли только девочки).

Абсолютные числа (средние) по отдельным показателям всех методик, выполненных в обеих выборках, представлены в таблице 7.

Полученные данные также свидетельствуют о существенных различиях между гендерными группами. Исходя из этого, можно предположить, что в каждой группе диагностическое значение могут иметь различные клинико-психологические показатели. Проведенный корреляционный анализ позволил подтвердить эту гипотезу.

У мальчиков критерии ПТСР, выражающие повышенное возбуждение (D) и избегание (C), связаны исключительно с показателями соматических жалоб. Из этого можно сделать вывод, что мальчикам свойственна преимущественно соматизация обусловленных травмами эмоциональных переживаний. Соответственно в качестве сигналов, свидетельствующих о пережитой психологической травме, могут выступать симптомы физического неблагополучия. В наибольшей степени это относится к суставным и головным болям, проблемам сердечно-сосудистой системы и общей энергии организма. Для выявления жалоб на эти симптомы может быть использована, в частности, Гиссенская шкала.

У девочек наблюдается более широкий спектр связей параметров ПТСР и показателей клинико-психологических методик. Как и для мальчиков, для них характерна сомати-

Таблица 7

Показатели выполнения клинико-психологических методик подростками с девиантным поведением

Показатели	Средние значения		Статистическая значимость различий (по t критерию Стьюдента)
	Мальчики	Девочки	
Соматические жалобы (Гиссенская шкала)			
Общий балл	13,94	24,85	0,01
Шкала E (общая энергия организма)	4,00	7,62	0,003
Шкала G (боли в голове, суставах)	4,32	8,03	0,01
Шкала M (жалобы на желудочно-кишечный тракт)	3,19	5,46	0,05
Шкала H (жалобы на сердечно-сосудистую систему)	2,67	3,80	нет различий
Уровень депрессии (опросник Бека)	10,89	18,59	0,02
Тревожность (опросник Спилбергера — Ханина)			
– личностная	40,75	52,58	0,00003
– ситуативная	26,57	35,07	0,01

зация возбуждения, связанного с травмой, преимущественно в виде болей суставов и головы, понижения общей энергетики организма. При этом жалобы на проблемы желудочно-кишечного тракта с показателями травматических переживаний связей не имеют. В то же время только девочкам свойственна широкая представленность корреляций эмоционально-личностных показателей (депрессии, тревоги как ситуативной, так и личностной, глобального

показателя самоотношения) с таким параметром ПТСР, как нарушения в социальной сфере деятельности (F). Повторяющиеся воспоминания о травме (критерий B) сочетаются с высоким уровнем депрессии. Избегание напоминаний (C) о травме и нарушения социального функционирования (F) сопровождаются низким уровнем общего отношения девочки к себе. Таким образом, в отличие от мальчиков *последствия психологической травматизации у девочек охватывают не только соматическую сферу, но и более широкие эмоционально-личностные структуры.* В связи с этим диагностическими ориентирами для распознавания травматических состояний у девочек могут служить показатели всех использованных нами клинико-психологических методик.

Следует обратить внимание на еще один факт. При сравнении интеркорреляций параметров ПТСР в группах мальчиков и девочек было выявлено, что у мальчиков значимые корреляции между показателями переживания травмы отсутствуют. В то же время в группе девочек обнаруживаются тесные связи между всеми параметрами ПТСР, так что все они образуют общий комплекс. Аналогичным образом отмечается и большое количество корреляционных связей между всеми проведенными опросными методиками. Отчасти это может объясняться невысокой когнитивной дифференцированностью девочек с девиантным поведением, описанной нами в предшествующих работах (Дозорцева, 2003). Вместе с тем взаимосвязанность показателей соматических, эмоциональных и личностных проблем девочек с переживаниями травмы служит основанием для применения всех описанных методик для выявления группы риска по психологической травматизации. Эти же методики могут быть использованы и для оценки эффективности психокоррекционных вмешательств в долговременной перспективе.

Распознавание психических расстройств у подростков с девиантным поведением. Рекомендации психологам и педагогам*

Нередко подростки с девиантным поведением имеют признаки органических расстройств, которые могут существенно влиять на особенности психогенных посттравматических состояний и осложнять их. Это следует учитывать при комплексной терапии, психокоррекции и реабилитации. Необходимо своевременно диагностировать психическое расстройство, поэтому специалисты смежных специальностей (психологи, социальные работники, педагоги) должны иметь представление о психических расстройствах у подростков и об особенностях проявлений психических заболеваний подросткового возраста.

Для распознавания психических расстройств у подростков необходимо учитывать следующее.

Важно обращать внимание на внешний облик подростка, особенно девочки, и отметить не соответствующий возрасту рост, угловатую моторику, диспластичность, малый или, напротив, слишком большой объем головы, неадекватность мимики, жестикуляции.

Необходимо выяснить наличие случаев стационирования в психиатрические больницы и по возможности ознакомиться с медицинской документацией, получить сведения о психических заболеваниях и алкоголизме у родственников, условиях воспитания, безнадзорности, жестоком обращении с ребенком, а также данные о пребывании в детских домах, интернатах, обучении во вспомогательной школе.

Очень важна объективная информация о перенесенных травмах головы, их количестве, тяжести. Следует расспросить подростка, не бывает ли у него головных болей, головокружений, обморочных состояний, судорог с потерей сознания. О наличии органического поражения головного мозга могут свидетельствовать также высокая утомляемость,

---

* Раздел написан М.А. Качаевой

истощаемость, раздражительность, трудности сосредоточения и выполнения умственных задач, нарушения памяти, бессонница, депрессия и тревога, истерические и эмоционально-волевые расстройства. О депрессии могут свидетельствовать опущенные плечи, скорбное выражение лица, замедленность движений, застывание в однообразной позе.

Важны сведения о задержке психического развития (позднее начало ходьбы, речи и т.д.), о нарушениях речи в детстве, двигательной расторможенности, замкнутости, наличии страхов, нарушений сна, недержании мочи, опрятности.

Очень важно учитывать наличие склонности к девиантному и делинквентному поведению. Это склонность ко лжи и воровству, жестокость, агрессия, садизм, фантазирование и игры на агрессивные темы (убийства, поджоги), стремление к лидерству среди ровесников или детей младшего возраста.

Необходимо обратить внимание на немотивированные колебания настроения. Это или беспричинная веселость, нелепое поведение, склонность к переоценке личности и своих возможностей (маниакальное состояние), или, напротив, подавленность, безразличие, тоскливая злобность, заторможенность (депрессивное состояние). Необходимо выяснить, были ли у подростков повторные суицидальные попытки.

Большое значение имеет информация о поведении в школе — прогулы, отказ от учебы, срыв занятий в классе, грубость по отношению к учителям, враждебное отношение к одноклассникам. Необходимо получить объективную информацию об особенностях психического развития: оценить память, интеллект, способность понимать абстрактные или простые понятия, обратить внимание на запас слов, знаний, способность трактовать пословицы.

В беседе следует обращать внимание на доступность подростка контакту, характер мышления, сообразительность, способность сосредоточиться на теме беседы.

При наличии внешних признаков психических расстройств необходимо консультирование подростка у психолога или у подросткового психиатра. В случаях совершения подростками правонарушений и привлечения их к уго-

ловной ответственности консультирование должно быть строго обязательным.

Что касается девочек-подростков, то при их всестороннем обследовании необходимо проведение консультаций различных специалистов, включая гинеколога, эндокринолога, сексопатолога, терапевта, невропатолога. Во время обследования девочек следует особое внимание обратить на склонность к бродяжничеству, воровству, сексуальную расторможенность, злоупотребление алкоголем и наркотиками, цинизм, презрительное отношение к морали, холодное, враждебное отношение к родным. Эти проявления психического расстройства могут быть началом серьезного заболевания — шизофрении, которое у девочек часто проявляется в подростковом возрасте и маскируется поведенческими нарушениями.

Очень важно выявить психогенные травмы, переживаемые подростками. Следует подчеркнуть, что в детском и подростковом возрасте имеет значение не столько острая травма, сколько хроническая психогенная травматизация, состоящая из длительной череды сильных воздействий, которые действуют непрерывно. Это унижения, угрозы, психологическое и моральное истязание, систематические избиения, физическое и сексуальное насилие.

Одним из видов психотравмирования является разлука с матерью, лишение ребенка родительского тепла, заботы. Нередко смерть матери в неблагоприятных семьях происходит на глазах у подростка. Выявление психогенной травмы очень важно, так как способствует своевременной диагностике ПТСР.

Профилактика психических расстройств основана на знании особенностей психического и физического развития в подростковом возрасте.

Одной из отличительных черт этого периода является хрупкость нервно-психической организации, уязвимость в отношении неблагоприятных воздействий среды.

В связи с пубертатной астенией особую актуальность приобретают психогигиенические мероприятия — это свое-

временное устранение неблагоприятных средовых факторов, правильное регулирование интеллектуальной и физической нагрузки, восстановление сна, правильная организация учебы и труда, достаточное количество времени для отдыха, досуга, релаксации, развивающих интеллект игр, творческих увлечений.

Рекомендуется активный контроль со стороны педагогов над свободным временем подростков, формирование трудовых установок и навыков, положительных социальных установок.

Необходимо помнить и о крайней чувствительности к психогенно-травмирующим воздействиям в соответствии с системой ценностей подростка. Для пубертатного периода типичны непоследовательность, крайняя противоречивость, повышенное чувство взрослости и уровня притязаний, возрастная конфликтность, обидчивость, уязвимость.

Педагоги должны иметь в виду, что и при отсутствии психических расстройств у подростков психофизическое развитие редко бывает гладким, отличаясь дисгармоничностью. В этот период у здоровых подростков отмечается значительное учащение невротических и патохарактерологических реакций, часто встречаются нарушения сна, утомляемость, головные боли, плохой аппетит, снижение работоспособности, плохая переносимость жары, духоты и езды в транспорте, головокружения, полуобморочные состояния.

Наличие этих нарушений часто затрудняет диагностический процесс и может быть причиной гиподиагностики серьезных психических расстройств, например, шизофрении, дебютирующей в подростковом возрасте. Психологам и педагогам важно знать настораживающие симптомы: склонность к однообразным видам деятельности, идеи чужих родителей, склонность к симбиотическим отношениям, склонность к религиозной, философской «интоксикации», эмоциональная холодность, нивелировка эмоциональных проявлений. При наличии подобной симптоматики следует проконсультировать подростка у врача-психиатра.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРАВМ

Проведенное исследование позволило выявить основные сферы и методы диагностики психологической травмы у подростков с девиантным поведением. При работе с травмой следует учитывать гендерную (полоролевую) специфику воспитанников. Так, девочки в большей степени подвержены травматизации, проявляют более выраженные ее признаки. В то же время они более открыты для обсуждения этих проблем и легче получают помощь. Социокультуральные особенности и полоролевые стереотипы мальчиков затрудняют доступ к их травматическим переживаниям, юноши более скрытны и слабо ориентированы на сотрудничество.

Для диагностики психологической травматизации у подростков с девиантным поведением наиболее продуктивной представляется следующая последовательность действий персонала (психологов, педагогов, социальных работников).

Выявление возможных факторов травматизации.

Исследование документов: личного дела, медицинской документации.

Должны фиксироваться сведения о потере близких, разводе родителей, жестоком обращении в семье, перенесенных черепно-мозговых травмах, ранней половой жизни, начале девиантного поведения. По данным медицинских карт — о соматическом неблагополучии.

Определение последствий травматизации.

— *Наблюдение* за мимикой и пантомимикой подростка, его поведением, общением со сверстниками и взрослыми, продуктивностью в деятельности, характером сна. Фиксируются специфические признаки, свидетельствующие о депрессивных тенденциях, тревоге, внутреннем напряжении, возбуждении, страхах, избегании контактов, низком энергетическом тонусе.

— *Опрос* (групповой или индивидуальный) *по психодиагностическим методикам*. Для мальчиков информатив-

на Гиссенская шкала соматических жалоб. Для девочек в дополнение к ней — опросники для выявления депрессии Бека, личностной и ситуативной тревожности Спилбергера — Ханина и самоотношения Столина и Пантилеева. В качестве дополнительной методики для выявления сферы травматизации могут использоваться проективные методы (ЦТО и др.). На основе результатов определяется группа риска или (в индивидуальном варианте) принадлежность к группе риска.

— *Индивидуальная диагностика критериев ПТСР* с использованием модифицированного варианта Полуструктурированного *интервью для оценки травматических переживаний детей* Н.В. Тарабриной.

— *Клинико-психопатологическая диагностика ПТСР и сопутствующих ему психических расстройств.*

После проведения диагностики последствий психологической травмы у подростка следующим шагом должно быть составление программы их терапии и психокоррекции. Следует напомнить, что сама процедура диагностики на последних этапах (интервью и клинического обследования) связана с напоминанием о неприятных событиях и переживаниях и может вызывать ретравматизацию. Поэтому, проводя интервью или опрос, касающийся тяжелых для подростка событий в прошлом, психолог или другой сотрудник учреждения должен быть готов завершить эту процедуру психокоррекционной встречей для того, чтобы устранить или минимизировать ее негативное влияние на психику воспитанника. Это предусматривает владение методами и техниками психокоррекции.

При переходе к психокоррекционному этапу диагностическая работа не прекращается, а приобретает несколько иные формы. Центр внимания переносится на состояние подростка и его динамику в процессе психокоррекции. Для этого требуются новые методические средства, о которых будет говориться в следующем разделе.

Глава III

КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ТРАВМ У ПОДРОСТКОВ С ДЕВИАНТНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Психотерапия, по мнению Н.В. Тарабриной (2001), должна обращаться к двум фундаментальным аспектам посттравматического расстройства: снижению тревоги и восстановлению чувства личностной целостности человека и его контроля над происходящим. В работе с подростками, с нашей точки зрения, важен еще один аспект: она должна создавать ресурс позитивного личностного развития и, устраняя негативные переживания, формировать положительный образ Я и окружающего мира.

Наиболее подходящим для этой цели, а также экологичным для условий специального учебно-воспитательного учреждения нам представляется подход соматической терапии травмы в сочетании с элементами других психотерапевтических подходов (когнитивной, экзистенциальной, гештальт-терапии), которые позволяют интегрировать травматический опыт в целостную историю жизни подростка.

Задача данной главы состоит в адаптации этого подхода для работы с воспитанниками таких учреждений, в определении его возможностей и ограничений применительно к различным видам травмы. Мы будем следовать принципам концепции Питера Левина, изложенным ранее при описании его взглядов. Однако хотелось бы еще раз упомянуть наиболее важное положение: задача терапевта заключается в том, чтобы совместно с клиентом в атмосфере безопасности и с опорой на его внутренние и внешние ресурсы восстановить естественный процесс его саморегуляции, нарушенный травмой. И хотя проработка травмы, согласно

концепции соматической терапии, начинается с уровня физиологии и ощущений, понятие «саморегуляция» в данном случае может рассматриваться в широком смысле — не только как физиологическая, но и поведенческая, и личностная функции человека. Разрядка внутреннего напряжения, вызванного психотравмирующим событием, дает подростку возможность улучшить свое психоэмоциональное состояние, повысить активность и ставить перед собой новые позитивные цели. В этом ему тоже должны помочь специалисты, работающие в училище.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Жизнь подростков в учреждениях интернатного типа отличается тем, что они постоянно находятся в группе. Такое «принудительное общение», когда воспитанник почти не имеет возможности побыть один, может способствовать повышению у него внутреннего напряжения, провоцировать эмоциональные вспышки и конфликты. Это накладывает определенные ограничения и предьявляет особые требования к групповой работе с подростками. В принципе групповая работа может быть очень эффективной, если в ней учитываются особенности как условий учреждений, так и самих участников. Однако вынесение на групповое обсуждение острых тем, личностно значимых и тяжелых для отдельных участников, в подобной обстановке вряд ли даст позитивные результаты. По этой причине работа с травматическими переживаниями должна вестись, с нашей точки зрения, в индивидуальном варианте. Это не исключает параллельного участия подростков в групповых видах работы. Напротив, сочетание таких видов психокоррекции способно взаимно усилить их продуктивность (Дозорцева и др., 2002). Однако в процессе психокоррекции необходимо строго соблюдать *принцип конфиденциальности*. Ничто из содержания переживаний подростка или событий его жизни, раскрытого в процессе работы с трав-

мой, не может быть предметом обсуждения с третьими лицами без разрешения самого подростка. Только так можно создать для него необходимую обстановку психологической безопасности и вызвать доверие к психологу. В противном случае можно нанести подростку еще одну травму и укрепить и без того свойственное ему недоверие к окружающим. Проблема комплексного подхода к проблеме психологической травмы при этом может быть решена путем обсуждения со специалистами смежных профессий (педагогами, психиатрами) актуального состояния подростка без раскрытия его содержательной подоплеки и разработки рекомендаций, в выполнении которых могут оказать помощь другие сотрудники учреждения.

Условия работы

Необходимым условием психокоррекционной работы является отдельное хорошо проветренное тихое помещение без доступа посторонних в течение всего сеанса. Желательно, чтобы в помещении на полу лежал ковер или палас, так как в некоторых случаях требуется, чтобы клиент сел или лег на пол. Вместе с тем, как правило, достаточно, чтобы в комнате были два стула, на которых друг против друга сидят клиент и терапевт. Для выполнения психодиагностических методик до и после сеанса, а также рисования нужно, чтобы в помещении был стол. С этой же целью участники должны быть обеспечены бумагой и карандашами.

Одежда клиента должна быть достаточно свободной, не создающей неудобства, ощущений стягивания и давления.

Время дня для проведения сеанса коррекции существенного значения не имеет. Оптимальная продолжительность работы — один час, однако следует учитывать, что в зависимости от особенностей процесса она может продолжаться и дольше, до двух часов.

Выбор участников

Кандидаты для прохождения психокоррекционных занятий отбираются по результатам анализа документов, психодиагностического обследования, интервьюирования и клинико-психопатологического обследования, которые были описаны выше. Их выбор согласуется с воспитателями, учителями, мастерами, так чтобы проведение сеансов психокоррекции вписывалось в общий график жизни учреждения и индивидуальную программу деятельности воспитанника.

Занятия проводились как в Покровском специальном училище для девочек, так и в Шекснинской специальной школе, где обучаются преимущественно мальчики. Однако в связи с ограниченностью времени работы в Шексне нам удалось провести лишь начальные этапы подготовки к психокоррекции травмы с семью воспитанниками школы. Эта работа была полезна в диагностическом плане, так как позволила выявить определенные проблемы, на которые следует обратить внимание при организации полномасштабной психокоррекционной деятельности (они будут описаны позже). В значительно большем объеме, с достаточным постоянством и периодичностью, а также с отчетливыми результатами удалось провести коррекционную работу с воспитанницами Покровского училища. В ней приняли участие двенадцать воспитанниц. В связи с этим организация и особенности проведения психокоррекции с использованием методов соматической терапии травмы будут описываться в основном на материале, полученном с участием девочек-подростков с девиантным поведением.

Группа риска по психоэмоциональным проблемам определялась по результатам тестовых методик (опросники соматических жалоб, депрессивности, тревожности, самоотношения). Окончательный выбор участников психокоррекции проводился по результатам проведения Полуструктурированного интервью о травматических переживаниях Н.В. Тарабриной, позволявшего выявить как особенности состояния девочек, так и причины, его вызвавшие. Часто

первый сеанс начинался непосредственно после интервьюирования, чтобы снять возникшее в результате неприятных воспоминаний напряжение. Иногда девочки обращались к психологам по собственной инициативе или по просьбе воспитателей. Поводом для этого, как правило, служили нарушения сна (трудности засыпания, частые пробуждения, кошмарные сновидения, связанные с травматическим событием), подавленное настроение, чувство усталости и разбитости, постоянные воспоминания о пережитом травматическом событии. В качестве травмы девочки называли жестокость обращения, изнасилование, смерть близких (нередко — насильственная). В отдельных случаях психотравмирующим фактором было совершенное самой девочкой правонарушение. Во всех перечисленных случаях проводилась психокоррекционная работа, при которой девочка становилась *клиентом*, а психолог — *терапевтом*. Эти традиционные названия мы будем использовать при описании процесса психокоррекции.

Требования к терапевту

В соответствии с международными требованиями психолог, проводящий коррекцию последствий психической травмы методами соматической терапии, должен иметь сертификат завершенного обучения по 5-летней программе, включающей не менее 300 часов семинарских занятий, супервизии, работы с клиентами и прохождение личной терапии. В связи с тем, что пока обеспечить получением такой квалификации сотрудников учреждений, работающих с девиантными подростками, невозможно, определим минимальные условия, при которых ими могут быть использованы методы соматической терапии травмы.

Начальная подготовка по курсу этого вида психокоррекции, проводимая квалифицированным специалистом, должна составлять не менее 24—30 часов лекционных, семинарских и практических занятий.

Для психолога, получающего подготовку в области соматической терапии травмы, желательно базовое образование со специализацией по клинической психологии или по крайней мере прохождение в ходе обучения курса клинической психологии и нейропсихологии. Требуется также хотя бы минимальная подготовка по одному из направлений психотерапии (экзистенциальной, когнитивно-поведенческой, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования, арттерапии и др.).

Хотя психолог руководит процессом соматической терапии травмы, его метод скорее можно назвать «следованием за клиентом», поскольку терапевт подчиняется ходу естественных изменений симптомов в теле клиента. В связи с этим от терапевта требуется не директивность, а тонкая чувствительность, наблюдательность, эмпатия к тому, что происходит в данный момент с клиентом, а также умение создать атмосферу безопасности и установить доверительный контакт с подростком. Эти качества, даже если они и присущи его личности изначально, терапевт должен постоянно развивать и совершенствовать.

Важное условие успешной работы с проблемами психологических травм — отсутствие у самого терапевта собственных психологических травм, особенно аналогичных тем, с которыми ему придется сталкиваться у подростков, либо их проработанность в процессе личной терапии. Иными словами, не следует браться за проработку травматических событий, если в опыте терапевта было что-то подобное, оставившее тяжелый эмоциональный след. Невыполнение этого требования может привести к тому, что под влиянием травмы клиента может актуализироваться его собственная, что приведет к ухудшению состояния обоих. Состояние терапевта вообще существенно влияет на клиента и его возможности к восстановлению при повторном проживании травмы. В связи с этим психологу необходимо постоянно обращать внимание на восстановление и поддержание собственного позитивного внутреннего состояния, проработку личных проблем, накопление внутренних психологических ресурсов.

Благоприятным, однако, следует считать то обстоятельство, что, несмотря на всю тяжесть проблем, с которыми приходится иметь дело терапевту при работе с психологической травмой, каждое проживание травматического события совершается им вместе с клиентом, а следовательно, по завершении процесса психокоррекции восстанавливается и внутренний психологический баланс самого терапевта. Соматическая терапия травмы — весьма экологичный коррекционный процесс. Тем не менее участвующим в нем специалистам рекомендуется периодическая супервизия и консультации у опытных коллег для разрешения возникающих иногда проблем.

Помимо психологов, которые могут работать с достаточно сложными травматическими состояниями воспитанников, осведомленность в вопросах психологической травмы должна быть у всех специалистов, работающих с подростками с девиантным поведением. Сотрудники специальных учреждений должны владеть элементарными навыками, помогающими как воспитанникам, так и им самим справиться со стрессовыми состояниями, создать психологический ресурс, снять излишнее напряжение. Для этого тоже нужно пройти краткий курс специальной подготовки.

Взаимодействие психолога и психиатра

Психокоррекционные мероприятия, как и диагностика последствий психической травмы, проходят в рамках комплексного клинико-психологического или психолого-психиатрического подхода. Психофармакологическое лечение депрессивных состояний и проявлений эмоционального неблагополучия при ПТСР имеет скорее симптоматическое значение и не влияет решающим образом на причину посттравматических явлений. Поэтому его использование необходимо в случае острых состояний. Снятие выраженного неблагополучия и переход к собственно психологическому регистру переживаний создают возможность для более ус-

пешного проведения работы методами соматической терапии травмы.

Участие психиатра необходимо и в тех случаях, когда вызванные психотравмирующими событиями проблемы сочетаются с другими видами психических расстройств, наличие которых не противоречит пребыванию воспитанника в специальном учебно-воспитательном учреждении. С целью их лечения также могут назначаться психофармакологические средства. Однако поскольку целью психокоррекции является восстановление естественных процессов саморегуляции организма, ее проведение желательно между курсами психофармакотерапии.

Незаменима роль психиатра и в тех относительно редких случаях, когда на фоне проводимой психокоррекционной работы у подростка начинается проявление иных, в том числе личностных расстройств.

Наконец, результативность проводимой психокоррекционной работы с посттравматическими стрессовыми расстройствами должна получать и клиническую оценку в виде констатации устранения или сглаживания их симптомов.

В целом оптимально постоянное взаимодействие психиатра и психолога, начиная от стадии диагностики последствий психологической травматизации у подростков, в процессе их коррекции и лечения и заканчивая оценкой результатов.

ПРОЦЕСС ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Прежде чем перейти к описанию процесса соматической терапии травмы, дадим определения используемым в ней понятиям.

Травматический симптом — любое проявление, связанное с переживанием травмы. Может выражаться в образах, мыслях, чувствах, действиях, ощущениях. Задача терапевта — вывести симптом на уровень телесных ощущений и нейтрализовать его, используя ресурсы.

Ресурс — все, что связано с позитивным опытом клиента, чувством комфорта, тепла, уверенности. Ресурсы могут быть внутренними (приятные ощущения в теле, воспоминания, радостные чувства, позитивные мысли самого клиента) и внешними. К внешним ресурсам относится поддержка со стороны терапевта, как эмоциональная, так и физическая. Ресурсными качествами обладает глубокое ритмичное дыхание, выдыхание со звуком, ощущение опоры тела («центрирование») или ног («укоренение»).

Воронка травмы — все, что связано с травматическим событием, от легких признаков дискомфорта до наиболее выраженных негативных переживаний и ощущений в теле.

Воронка исцеления — увеличивающиеся в процессе работы ресурсные состояния, позволяющие нейтрализовать травматические симптомы.

Титрирование — соединение травматических симптомов с ресурсами («воронки травмы» с «воронкой исцеления»), при котором происходит устранение травматических симптомов.

Отслеживание симптома — фиксация внимания клиента на конкретном телесном ощущении и его изменении.

Трансформация симптома — в процессе коррекции во время отслеживания и титрирования травматические симптомы могут видоизменяться.

Разрядка — снятие травматического симптома (напряжения) с ощущениями расширения, тепла, покалывания, тремора и др.

Цикл — период нейтрализации травматического симптома и перехода в ресурсное состояние. Выражает естественный цикл саморегуляции организма. Могут выделяться короткие множественные циклы (устранение отдельного симптома) и медленные глубокие (нормализация состояния в процессе сеанса).

Опишем подробнее процесс соматической терапии травмы у девочек — воспитанниц специального училища.

Подготовительный этап

Работа начиналась с того, что девочка в общих чертах рассказывала о пережитом ею событии и о тех симптомах, которые ее беспокоили. Затем психолог кратко объяснял ей смысл предстоящей работы.

Для сенсибилизации к телесным ощущениям проводилась специальная подготовительная тренировка, ряд несложных упражнений, способствовавших повышению чувствительности в различных частях тела и фиксации внимания на них.

В качестве такого *упражнения* можно предложить следующее. Девочке в положении стоя предлагается прочувствовать свои ступни, их опору, устойчивость, а затем пальцы ног, подвижность стопы. Затем внимание переводится на суставы лодыжек, проверяются их двигательные возможности. Потом — на колени, бедра и так далее снизу вверх по телу. При этом верхние отделы тела как бы присоединяются к «прочувствованным» и подвижным нижним, включаются в их движения. Проходя через туловище, суставы рук, пальцев, плечи и позвоночник, процесс осознавания тела заканчивается работой мимических мышц лица. Терапевт проделывает все процедуры вместе с девочкой, включаясь в общий процесс движения.

На этом же этапе создаются и усиливаются ресурсные состояния, связанные с положительными эмоциональными переживаниями. Девочке предлагалось вспомнить приятное событие в своей жизни и прочувствовать ощущения, которые у нее при этом возникают. После этого начиналась собственно терапевтическая работа.

Прежде всего терапевт просил девочку вспомнить какое-либо иное, не связанное с травмой, неприятное событие из недавнего прошлого, которое произвело на нее отрицательное впечатление, но не слишком сильное. Обычно в качестве такой ситуации выбирался конфликт с воспитателем или другими учащимися, запомнившееся обидное высказывание и пр. Далее происходила проработка связанного

с этим случаем телесного напряжения. Работа велась в форме диалога между психотерапевтом и клиенткой. Оба сидели на стульях лицом друг к другу на некотором расстоянии. Терапевт фиксировал телесные ресурсы своей подопечной в виде опоры на пол, сиденье и спинку стула. Затем он просил девочку со всеми подробностями и как можно более последовательно описать неприятную ситуацию и внутренне вновь постепенно («как в кино, по кадрам») прожить ее. Замечая и эмпатически ощущая возникающие по мере рассказа изменения в состоянии клиента, терапевт прерывал рассказ и просил описать актуальные соматические ощущения, подтверждал их, повторяя или перефразируя сказанное клиентом, и предлагал фиксировать на них внимание («понаблюдай, побудь с этим чувством»). Обычно ощущение перемещалось, видоизменялось и в конце концов исчезало, сменяясь разрядкой. Если этого не происходило, то терапевт переводил внимание клиента на ресурсные ощущения и лишь затем возвращался к травматическим, интенсивность которых уменьшалась, и они вскоре также пропадали. Вся процедура повторялась при возникновении чувства дискомфорта у клиента на каждой стадии события.

По окончании рассказа терапевт предлагал клиенту еще раз пройти всю ситуацию. При этом проверялось, остались ли признаки напряжения на каком-либо ее этапе, и если они обнаруживались, то снимались уже описанным способом. В заключение терапевт обсуждал с клиентом изменения его отношения к проработанному событию. Как правило, наблюдалось снижение значимости этого случая, эмоциональное отстранение от него, отделение от переживания Я. Девочки говорили, что это их больше не волнует («как будто в газете прочитала»).

Предварительная проработка малозначительного события преследовала несколько целей. Во-первых, она позволяла терапевту провести диагностику ресурсов клиента, темпа и характера протекания телесных процессов. Во-вторых, эта процедура активизировала и отчасти гармонизировала процессы в нервной системе клиента, подготавливая его к

более глубокой психокоррекционной работе. В-третьих, она давала возможность клиенту познакомиться с процедурами и общей схемой работы, делала их для него привычными. В-четвертых, достигнутый успех способствовал созданию положительного эмоционального фона и уверенности в положительном исходе более серьезной интервенции.

Основной этап

Второй этап, проходивший обычно на следующий день, был посвящен работе с заявленной девочкой проблемой. Часто события, которые вызывали травматические переживания у девочек, относились к давно прошедшим периодам их детства. В качестве примера можно привести случай Олеси Ш.

> Олеся Ш., 16 лет, находилась в Покровском специальном училище в течение 2,5 года по направлению суда за соучастие в убийстве. Фактически же девочка была пассивной свидетельницей убийства группой подростков, к которой она принадлежала. Само убийство стало для нее серьезной психологической травмой. К травматическим событиям относилось и перенесенное Олесей изнасилование. Однако на данном этапе прорабатывался случай попытки удушения девочки отчимом, когда ей было 5—6 лет. Фабула ситуации, как она была описана Олесей, состояла в следующем. Отчим пришел с работы пьяный. Начал бить ее по щекам, потом повалил на кровать и стал душить. Она вырвалась и убежала. Пришла мать, увидела дочь, заплаканную и бледную, и когда узнала, в чем дело, стала бить отчима сумкой по лицу.

Приводим сокращенное описание процесса терапии.
Создается ресурсное состояние: фиксация на опорах.
Терапевт: Расскажи о том, что произошло, подробно.
Клиент: Отчим пришел с работы пьяный. Я была дома одна.
Т.: Что чувствуешь в теле?

К.: Радость, что папа пришел. Я хотела идти на кухню его кормить.
Т.: Дальше.
К.: Он на меня стал кричать.
Т.: Что чувствуешь?
К.: Страх.
Т.: Чувствуешь страх. Где он в теле?
К.: В сердце (показывает) *боль.*
Т.: Последи за этим ощущением. Одновременно дыши глубже.
Пауза.
К.: Боль уходит.
Т.: Что дальше?
К.: Он начал меня бить по щекам.
Т.: Что ты ощущаешь?
К.: Щекам больно, они горят.
Т.: Следи за этим, дыши глубоко.
Пауза.
К.: Щекам становится тепло.
Т.: Это приятно или неприятно?
К.: Скорее приятно.
Т.: Что происходит дальше?
К.: Он начал меня душить, повалил на кровать.
Т.: Что чувствуешь в теле?
К.: Боль, комок в горле. Трудно дышать.
Т.: Старайся сохранять глубокое дыхание. Что сейчас чувствуешь?
К.: Комок в горле хочется проглотить.
Т. Попробуй сделать это.
К.: (Глотает.) *Да. Он куда-то исчезает. Но горло еще болит.*
Т.: Последи за этим ощущением.
К.: Оно исчезает тоже.
Т.: Что делается дальше?
К.: Я хочу убежать. (Двигает ногами).
Т.: Убегай, но старайся, чтобы движения были очень медленными.

К.: Стало легче, особенно в ногах.

Т.: Дальше.

К.: Приходит мама. Бьет отчима по лицу сумкой. (Шевелит рукой.)

Т.: Что хочется сделать руке?

К.: Хочется удержать мамину руку, чтобы она его не била. Его жалко.

Т.: Сделай это медленно.

К.: Да, удержала.

Т.: Что чувствуешь?

К.: Рука легкая. Все хорошо.

После первичной проработки ситуации насилия и снятия связанных с ней неприятных ощущений весь процесс проводится вновь. В описываемом случае при повторном «проживании» травмы некоторые ее симптомы сохраняются: напряжение в горле в момент удушения девочки, чувство страха, связываемое с неприятными ощущениями в левом боку. Эти ощущения также отслеживаются и устраняются. Третье возвращение к ситуации показывает, что все симптомы проработаны.

Пережитое Олесей травматическое событие относится к категории травмы физического насилия (удушения). Оно сохраняло для девочки свою значимость в течение длительного времени. Как видно из протокола, травма имеет множественный характер, включает в себя, помимо различных физических, выраженные эмоциональные компоненты, о чем свидетельствуют разнообразные ощущения боли, жара, комка в горле. Травматические симптомы достаточно сильны, и для их нейтрализации постоянно требуются внешние ресурсы в виде глубокого ритмичного дыхания. Эпицентр, или «воронку травмы», представляет собой момент удушения. Он наиболее резистентен к терапии, но также в конце концов поддается воздействию ресурса. Разрядка переживается в виде ощущений тепла, легкости. Специфический характер имеют поведенческие реакции девочки, проявления желания вмешаться в ситуацию, изменить ее. Они выражают-

ся в движениях глотания, бегства, удерживания руки матери. Подобное стремление к активности может рассматриваться в качестве внутреннего ресурса клиента. В процессе устранения симптомов отчетливо прослеживается изменение чувств девочки: от сильного страха к чувству жалости по отношению к обидчику. В этом проявляется и смена ее внутренней позиции.

Завершающий этап

Изменение физического и эмоционального состояния в связи с травматическим событием позволяет переосмыслить случившееся. Смена позиции подростка, пережившего травму, на более активную, зрелую, обобщенную служит знаком завершения травматического переживания. Так, Олеся на вопрос терапевта о том, как она теперь воспринимает случай с нападением на нее отчима, ответила: *«Его (отчима) жалко. Но он должен понять, что не имел права со мной этого делать»*. Если раньше доступ к размышлению о ситуации был блокирован эмоционально и физически — внутренним мышечным напряжением, то теперь появляется возможность выработать конструктивную позицию и иные варианты поведения по отношению к членам семьи. Таким образом, прошлый опыт становится доступным для интеграции в жизненную историю подростка и использования его уроков в будущем.

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ТРАВМЫ

Описанный выше случай демонстрирует переживания физической травмы. При этом ярко выраженные соматические симптомы как бы повторяют телесные ощущения, возникшие во время психотравмирующего события. Другие виды травматизации также имеют свою специфику.

Травма сексуального насилия

Одна из самых тяжелых травм, переживаемых девочками, — травма сексуального насилия. Прежде всего это последствия изнасилования. Примечательно, однако, что попытки изнасилования порой имеют не меньшее травматическое значение, чем само изнасилование. Особенно же тяжелы и конфликтны для девочек переживания, связанные с изнасилованиями, когда последние носят групповой или инцестный характер, причем насилие совершается неоднократно.

Сложность в работе с травмой насилия представляет то обстоятельство, что, помимо шоковых травм, подростки с делинквентным поведением подвергаются в семье систематическому насилию, которое превращается в привычную модель жестокости. В разговоре девочки не часто обращались к конкретным ситуациям такого рода, поскольку в их восприятии эти события были стереотипными и лишенными остроты непосредственного единичного переживания. Однако эмоции, связанные с подобными событиями, неосознанно накапливались и проявлялись в кошмарных повторяющихся снах, которыми страдают многие воспитанницы специального училища. В подобных случаях мы считали возможным работать не с реальными событиями, служившими прототипами сна, а с содержанием сновидения, в котором происходило «сгущение» эмоциональных проблем девочек. Сновидение рассматривалось как символический эквивалент реального жизненного явления. Принцип проработки содержания травмы оставался тем же.

В качестве примера приведем сокращенные протоколы психокоррекции 14-летней Тани К.

Девочка находилась в училище 8 месяцев. Дома остались мать, отец, 11-летний брат. Мать и отец страдают алкоголизмом. Когда Тане было 11 лет, отец изнасиловал ее. После этого она стала уходить из дома. Чувствовала отвращение к отцу. Матери о случившемся не рассказывала.

Самым близким для себя человеком считает своего парня, с которым познакомилась в 12-летнем возрасте, ему 17 лет.

Девочка жалуется на то, что ей постоянно снится один и тот же сон, как отец насилует ее. Она просыпается по ночам в слезах, вскрикивает, будит окружающих девочек.

Первая сессия

Работа над ресурсным состоянием, тренировочные упражнения по осознанию ощущений собственного тела, выполнение упражнений.

Ресурсное состояние формируется на основе воспоминаний о прогулке по берегу Волги. Девочка вспоминает теплый ветер, свет луны, звуки плещущейся воды и фиксирует телесные ощущения, которые появляются у нее одновременно с этими образами. Для усиления ресурса используются методы нейролингвистического программирования, работа с субмодальностями, которая позволяет увеличить интенсивность воспоминаний и связанных с ними ощущений, образов и чувств.

Работа с начальными сценами сна.

Описание сна:

«Таня сидит за столом и рисует. К ней подходит отец и говорит, чтобы она зашла к нему в комнату. Таня заходит, отец валит ее на кровать».

Фиксируется ресурсное состояние, точки опоры тела на сиденье и спинку стула, ног на пол.

Прорабатывается сцена в начале сна.

«Таня сидит за столом и рисует».

У Тани возникает напряжение в руках, плечах и предплечьях, кисти становятся твердыми. В ногах в верхней части икроножных мышц ощущается тяжесть.

Фиксация на ощущениях. Перевод внимания на кончики пальцев рук. Возникает чувство пульсации в тыльной части ладони и запястьях. Чувство покалывания в плечевой части руки и предплечьях. Ноги постепенно расслабляются. Состояние нормализуется.

Вторая сессия

Происходит на следующий день после первого сеанса и продолжается 2,5 часа. После проведения предварительной стадии выполняется проработка состояния стресса из-за не очень значимого события, содержание которого Таня описывать не хочет.

Паттерн напряжения: сдавленность в груди, напряжение в плечевом поясе рук. Ноги теряют «укоренение», ощущение «как на волнах».

Признаки разрядки напряжения: начинается ощущением жжения в ступнях, горячие руки, пульсация. Появляется чувство устойчивости в ногах. Состояние нормализуется, повторная проработка травмы не требуется.

Происходит изменение отношения к событию («*как будто я его увидела по телевизору*»).

Третья сессия

Проработка состояния, связанного со сновидением об изнасиловании. Снятие напряжения связано с отдельными эпизодами сна. Первый эпизод проработан в первой сессии.

«Отец входит в комнату».

Чувство стеснения в груди. Ощущение тяжести в руках и ногах.

Напряжение выводится при помощи глубокого ритмичного дыхания и звука «З». Состояние нормализуется.

«Отец говорит Тане , что она должна зайти к нему в комнату».

Боль и напряжение во всем теле. Вывод через дыхание со звуком «З». Фиксация изменений: некоторое облегчение, ощущение покалывания, теплая волна в груди и животе. Нормализация состояния.

«Отец бросает Таню на кровать».

Боль и напряжение во всем теле. Освобождение происходит аналогичным образом.

Проводится повторная проверка напряжения последовательно по всем эпизодам сна. Устранение остаточных

неприятных ощущений. Третий «проход» сна для контроля. Дискомфорт не ощущается, телесная работа завершается.

Теперь Таня может спокойно думать о случившемся. Она начинает иначе осмыслять событие изнасилования (инцеста) после снятия эмоционального и физического напряжения. Отмечает появление «теплого чувства» к отцу. Заявляет, что теперь не боится возвращаться домой, так как чувствует в себе силы противостоять насилию со стороны отца. Терапевт предлагает Тане обсудить возможности общения с отцом, его вину перед дочерью, желание Тани наказать отца. Девочка говорит, что хотела бы рассказать о случившемся матери, но боится, поскольку мать может среагировать непредсказуемо. Не хотела бы удаления отца из семьи, потому что считает, что его присутствие необходимо для брата. Волнуется, что мать может умереть от алкоголизма и брат останется без родителей. Обсуждает, что она может простить отцу, а что — нет. Не может простить лишения девственности, что он воспользоваться ее беспомощностью. Хотела бы наказать его, но не собирается ничего предпринимать.

При встрече с терапевтом *через два месяца* Таня говорит, что у нее все в порядке, неприятные сновидения ее больше не беспокоят.

Спустя месяц после этого Таня сообщила, что благодаря психокоррекционным занятиям сны прекратились, но возобновились после того, как отец в письме напомнил о том, что было между ними, и намекнул на возможность продолжения тех же сексуальных отношений. Девочка просит поработать с ней снова.

Четвертая сессия

Вначале проведена настройка на работу с телом (динамическое осознание различных его частей от ног до головы).

На *первой стадии* проводится работа с наличными ощущениями, которые уже сами по себе имеют травматичный характер.

Чувство тревоги в груди, ощущаемое как маленький твердый предмет.

Фиксация на сиденье (ресурс) и одновременно на этом травматическом переживании. Постепенно чувство исчезает. В груди ощущение расслабления, но руки стали холодными. Ног не ощущает.

Фиксация на руках и сиденье, опоре на спинку стула. Руки теплеют. Возникает чувство расслабления, комфорта. Предлагается побыть с этим чувством, впитать его, ощутить в разных частях тела.

На *второй стадии* выполняется направленная проработка состояния, связанного с содержанием письма отца.

Т.: Когда вспоминаешь о письме, что чувствуешь?

К.: В груди чувство злости и обиды. Тяжелое чувство давления, напряжения. В руках жар.

Рекомендуется фиксация на сиденье, просьба последить за ощущениями.

Чувство становится меньше. В руках жар сменяется холодом, пальцы дрожат.

Фиксация на руках и сидении.

Т.: Что хочется сделать телу?

К.: Поднять руку.

Т.: Сделай это медленно и с напряжением.

Таня выполняет — правая рука поднимается на уровень плеч, пальцы распрямляются, потом рука опускается.

В правой руке ощущение расслабления, в левой — дрожь.

Фиксация на правой руке.

Боль в левом боку, затем чувство расслабления во всем теле.

Т.: Что чувствуешь сейчас, когда думаешь о письме?

К.: Небольшую злость в груди, меньше, чем раньше.

Т.: Посиди и фиксируй внимание на ногах, на том, как они опираются на пол.

Пауза.

К.: Все прошло.

Т.: Что чувствуешь в груди?

К.: Силу.

Т.: Как ты ее чувствуешь?

К.: Тепло, уверенность.

Т.: Какие мысли о письме?

К.: Напишу, чтобы он этого больше не писал.

Т.: Уверена?

К.: Да.

Травматические симптомы исчезли после работы со сном, который отражал реальное начало инцестных отношений. Травматические симптомы выражались в тяжести и напряжении в руках, ногах, что связано, возможно, с нереализованными импульсами бегства и борьбы. Затем в кульминационный момент травмы («воронка травмы») напряжение и боль охватывают все тело. Как правило, внутренних ресурсов в подобных случаях недостаточно, поэтому требуется поддержка терапевта и введение внешнего ресурса в виде ритмичного дыхания с произнесением на долгом выдохе глухих и звонких шипящих звуков, что помогает снизить внутреннее напряжение. Разрядка происходит и через конечности, в частности, специфические ощущения покалывания, пульсации и жжения в пальцах, кистях, стопах ног, что вообще типично для процесса соматической терапии. Важен и постоянный ресурс опоры ног, туловища, спины, поскольку к травматичным ощущениям, характерным для многих видов травмы, но особенно для изнасилований, относится чувство «потери почвы под ногами».

Как видно из приведенного описания, проработка травмы — длительный процесс, но он может быть разбит на отдельные отрезки, что в конце концов помогает справиться и с целым. Благоприятным обстоятельством именно для работы с изнасилованиями служит то, что девочкам не нужно

описывать наиболее тяжелые моменты травмы вербально. При этом, однако, чрезвычайно важна способность терапевта эмпатически отражать и отслеживать состояние клиента и свои собственные реакции, в том числе телесные, на происходящее. При обращении девочки к воспоминаниям о травме терапевт должен фиксировать малейшие проявления телесного напряжения или дискомфорта. Он возвращает клиента в ситуацию «здесь и теперь», привлекая внимание к телесным ощущениям и побуждая к их отслеживанию. При необходимости подключаются внутренние или внешние ресурсы, что ведет к нейтрализации травматических ощущений.

Завершение работы с травмой ведет, как и в предыдущем примере, к изменению смысла травмы и собственной позиции девочки. Несколько парадоксальным выглядит появление у Тани после устранения травматических симптомов «теплого чувства к отцу». Однако этот феномен может рассматриваться и как позитивный признак того, что у девочки не закрепилось отрицательное отношение вообще к мужчинам, представителем которых для нее выступал отец. Это важно для ее дальнейшего психосексуального развития и будущей семейной жизни. В то же время у нее выражено осуждение поступка отца и стремление не допустить его в будущем.

При повторной проработке ситуации насилия Таня совершает движения, блокированные в реальности. Их смысл заключается в завершении реакции борьбы, без которого возбуждение остается повышенным. Такое завершение возможно лишь при очень медленном и постепенном выполнении движения.

Приведенный пример демонстрирует и еще одну важную сторону работы с травмой. Она эффективна в том случае, если устранена сама психотравмирующая ситуация. При неразрешенных конфликтных обстоятельствах, если угроза не перестала быть актуальной, простое снятие напряжения и даже выработка новой внутренней позиции не всегда бывают продуктивными. В противном случае травматические симптомы могут возвращаться. В связи с этим

работа с травмой должна включать в себя не только изменение состояния и отношений подростка, но и направленно изменять социальную ситуацию, вызвавшую травму. Следовательно, комплексный подход предполагает не только медико-психологическое вмешательство, но и социальную работу с семьей, ближайшим окружением подростка, обеспечение для него безопасных условий по возвращении из специального учреждения. Подобная работа должна проводиться тактично, с соблюдением конфиденциальности и с согласия самого подростка, с которым должны обсуждаться возможные варианты его жизни в будущем. Одновременно в качестве специального направления психокоррекционной работы с травмой следует разрабатывать и применять методы обучения подростков стратегиям преодоления сложных ситуаций, сходных с вызвавшими травматические переживания, навыкам сопротивления негативным влияниям, самостоятельного активного принятия решений и поведения.

Эмоциональная травма

Эмоциональная травма относится к одним из наиболее распространенных видов психологических травм. По сути, каждое психотравмирующее событие является прежде всего эмоциональной травмой. Однако этот вид травматизации может быть выделен и в качестве самостоятельного. К собственно эмоциональным шоковым травмам относятся смерть близких, угроза жизни, присутствие при гибели других людей и т.п. Эмоционально травмирующими могут быть также ситуации отвержения со стороны значимых людей, в первую очередь родителей, помещение в интернатные условия, другие варианты эмоциональной депривации, конфликты, унижающие высказывания и др. Эмоциональная травматизация, связанная с проблемными межличностными отношениями, как правило, имеет глубокие корни, и для работы с ней требуются специальные формы психокоррекции

с использованием методов психодинамического подхода, семейной психотерапии, гештальт-терапии. В контексте нашего исследования рассматривается преимущественно шоковый вид эмоциональной травмы. Однако и в этом варианте следует иметь в виду частую встречаемость множественных травм и возможность переплетения в одном феномене последствий различных психотравмирующих событий. В связи с этим успеха в устранении травматической симптоматики можно добиться лишь тогда, когда прорабатывается весь комплекс источников травматизации.

Иллюстрацией служит пример психокоррекционных занятий с 13-летней Светой Б.

Света направлена в училище за соучастие в убийстве бомжа. Заявленная проблема — постоянные кошмарные сновидения, в которых убивают отца. Психолог училища работал со Светой методами арттерапии. Результаты были позитивными, но нестойкими. В связи с этим с ней были проведены сеансы соматической терапии травмы.

Первая сессия

Работа была начата с проверки наличных ощущений в теле. Девочка отметила волнение в животе, чувство сжатия.

Терапевт просит фиксироваться на опоре на сиденье и спинку стула, одновременно прослеживая тревожащие чувства. В животе неприятные ощущения исчезают, переходят в напряжение в плечах.

Терапевт давит на плечи, просит усилить напряжение. Наступает состояние расслабления. Приятное ощущение во всем теле.

Терапевт просит Свету просто вспомнить о том, что ей снится страшный сон, без углубления в его содержание.

Отмечается страх в груди. Жжет, колет, черного цвета.

Терапевт просит фиксировать ощущение и кладет руки на верхнюю часть груди и спину Светы. Неприятные ощущения постепенно уходят из груди.

В то же время начинает ощущаться шар в горле, который мешает дышать. Терапевт предлагает сделать движения сглатывания, фиксироваться на опоре, выдыхать со звуком «Ш».

Неприятное ощущение постепенно уходит.

Возникает чувство слабости. Фиксация на сидении. Понемногу появляется тепло во всем теле, чувство комфорта.

Сеанс завершен.

Вторая сессия

Встреча начинается с рассказа Светы о своей семье, о том, что она ощущает, что отец жив.

Родители Светы развелись, когда девочке было 3 года. Отец женился снова, мать вышла замуж повторно, когда Свете исполнилось 6 лет. У девочки есть старшая сестра 16 лет.

Несмотря на развод родителей, Света встречалась с отцом, приходила к нему на рынок, где он торговал рыбой. Однажды, когда Свете было 8 лет, отец со своей женой пошел к знакомым. После совместной выпивки хозяева дома стали требовать у него деньги, а когда тот отказался их дать, избили его и бросили в погреб, где он и умер. Потом его тело закопали в огороде. Впоследствии останки были обнаружены, но опознать их было невозможно. Поэтому Свете постоянно кажется, что отец не умер. Она видит его на остановках транспорта, в толпе людей. Она понимает, что, вероятнее всего, это ей только кажется.

До 5-го класса Света училась хорошо. В 6-м классе познакомилась с компанией старших ребят. Она влюбилась в одного из парней, ради него не ночевала дома, воровала, резала вены. Вместе с компанией и было совершено убийство бомжа. После избиения группой незнакомого мужчины Света не осознала, что он умер. Когда узнала о его смерти, пыталась покончить с собой. После попытки суицида лежала в больнице.

Когда Света приехала в училище, она очень скучала по своему парню, плакала. Потом, по ее словам, наступило отвращение к нему. Имея в виду правонарушение, говорит: «Ведь могли все изменить какие-то 10 минут».

За время, проведенное в училище, по ее словам, изменилась внутренне, появилось стремление к учебе, желание получить профессию. Отмечает, что раньше таких мыслей вообще не было.

После приезда в училище Свете начал сниться страшный сон.

«Ночью отец входит в спальню, где Света отдыхает вместе с другими девочками своей группы, подходит к ней, начинает ругать ее и обвинять в том, что его убили из-за нее. Света отвечает ему, что ни в чем не виновата. Отец же возражает, что если бы не она, то он бы не умер».

Работа с травмой. Разминка, проверка ощущений в теле. Состояние относительно благополучное. Проводится фиксация на опоре. Терапевт предлагает Свете вспомнить какую-нибудь сцену из сна.

«Отец подходит к кровати и обвиняет».

Ощущение — страх в животе, жжение.

Терапевт: Чувствуй опору в сиденье и следи за ощущениями.

Света: Поднимается вверх, горит в горле и верхе груди.

Терапевт: Ты не против, если я положу тебе руку на то место, где ты чувствуешь жжение?

Света: Нет.

Терапевт кладет руки на верх грудного отдела и шею сзади. Выдохи со звуком «Ш». Наступает расслабление.

Возвращение к сцене сна.

У Светы кружится голова. Дается поддержка плечам, и фиксируется ощущение опоры.

Рукам холодно. Фиксация на опоре и ощущениях.

Голова кружится. Тяжесть в затылке. Дается опора затылку. Выдох со звуком. Боль в голове проходит.

Руки холодные. Фиксация на плечах (они теплые).

Состояние нормализуется.

Другая сцена сна, начальная.

«Отец входит в комнату».

Тревога, ожидание в груди. Ощущение жжения, оно переходит в горло, хочется пить.

Фиксация на ощущении и одновременно на опорах.

Неприятные чувства проходят.

Следующая сцена.

«Света отвечает сама». Это дает чувство защиты.

Затем сон рассеивается, «как от ветра».

Повторное прохождение сна в логической последовательности. Неприятных ощущений нет. Чувство безразличия, потом облегчения.

Травма Светы обозначается как эмоциональная комбинированная. Можно с большой долей уверенности предположить, что в сне Светы сочетаются эмоциональные проблемы, связанные как со смертью отца, так и с совершенным ею в соучастии с группой убийстве. Специфика травмы в том, что переживания утраты отца слились с чувством вины, вызванным убийством. Длительность травмы потери отца составляет 5 лет, участия в убийстве — около года.

Травматические симптомы — чувство сжатия в животе, «шар» в горле и затрудненность дыхания, жжение в груди и горле, чувство слабости.

Внешние ресурсы — точки опоры, поддержка руками со стороны терапевта (на груди, затылке), дыхание со звуком. Внутренние ресурсы — теплые части тела. Горизонтальное титрирование заключалось в одновременном отслеживании ощущений и фиксации опор, а также тепла в отдельных частях тела (плечах).

Воронка травмы: ее центр — обвинения Светы со стороны отца. Периферия — ожидание, тревога. Воронка исцеления — защита, поддержка.

Трансформация симптомов: вначале возникает чувство напряжения и жжения в груди, затем оно поднимается к горлу и ощущается как жжение либо помеха дыханию. Головокружение, чувство слабости сменяются ресурсным состоянием. Циклы относительно длинные, связаны с наиболее травматичными переживаниями.

В работе представлены различные варианты ощущений (напряжения, жжения, укола и др.). Образы в виде шара; жжение в груди имеет черный цвет. Описываются чувства страха, в конце облегчения. Освобождение от травматических переживаний трактуется как способность девочки защитить себя.

После проведения психокоррекционной работы сон Свете некоторое время не снился. Однако впоследствии, около месяца спустя, он снова появился, хотя беспокоил существенно реже, примерно раз в неделю. Свете было предложено проработать ситуацию убийства, в котором она приняла участие. Ситуация была разбита на смысловые отрезки, связанные с неприятными ощущениями. Наиболее тяжелые переживания относились к моменту, когда девочка узнала о смерти мужчины. По завершении работы Света сказала, что ей захотелось пойти в церковь и поговорить со священником. Это также может рассматриваться как изменение позиции и свидетельствует о желании деятельного раскаяния.

По завершении непосредственной работы с травматическими переживаниями очень важно не прекращать психокоррекционную работу со смыслами подростка и помочь ему выстроить новую позицию с позитивной перспективой. Создание внешнего ресурса состоит и в том, чтобы обеспечить духовные, религиозные потребности воспитанников. Особое значение это имеет для подростков, совершивших тяжкие правонарушения и испытывающих интенсивное чувство вины. Простое избавление от неприятных переживаний не ведет само по себе к дальнейшему личностному росту, который, однако, может стимулироваться внешней помощью. Важно, чтобы к этому были готовы как сотрудники воспитательных учреждений, так и представители духовен-

ства. К сожалению, это не всегда оказывается возможным. В нашем примере Свете не удалось поговорить со священником так, как ей хотелось. Придя в церковь с группой других девочек, она хотела исповедаться, но, по ее описанию, священник сказал, что «грехи у всех одинаковые, поэтому и исповедаться могут все вместе». В церковь Света больше не пошла. Кошмарные сновидения в последующий период у нее не возобновлялись.

При проведении работы с эмоциональными травмами следует учитывать, что за симптомом, заявленным самими воспитанниками, могут стоять совсем иные, более существенные проблемы. Кроме того, проработка одной травмы делает более актуальной другую, которая лишь теперь выступает на первый план. В связи с этим процесс психокоррекции может быть достаточно длительным. Однако по мере нарастания ресурсов и приобретения подростком навыков телесной работы его темпы и эффективность возрастают.

Таким образом, устранение травматических симптомов, восстановление и стимулирование нормального процесса саморегуляции решают методами соматической терапии травмы первую задачу, выделенную Н.В. Тарабриной и упомянутую нами в начале раздела. Одновременно этот вид психокоррекции создает почву для нового осмысления происшедшего. Уже в ходе снятия напряжения возникает новое видение травматической ситуации, некоторое отстранение от нее, появляется возможность ее рационально-смыслового рассмотрения и решения второй основной задачи работы с травмой — интеграции травматического события в индивидуальный опыт и личную историю подростка. У него повышается внутреннее ощущение силы, уверенности, своих возможностей. Дальнейшая работа, направленная на личностное развитие воспитанника, требует участия не только психологов, но и других сотрудников воспитательного учреждения. Их роль состоит в создании реабилитационного пространства и терапевтической среды внутри школы или училища, а также благоприятных условий для постинтернатной адаптации (Тростанецкая, 1998; Зинкевич-Евстигнеева и др., 2002).

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У МАЛЬЧИКОВ — ВОСПИТАННИКОВ СПЕЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Выявленные на диагностическом этапе различия в характере и масштабах предъявления травматических переживаний у мальчиков и девочек нашли свое отражение и в процессе психокоррекции.

В отличие от девочек ни один обследованный мальчик не обратился к нам за помощью в связи с пережитой психологической травмой. В связи с этим мотивирование мальчиков к участию в психокоррекционной работе должно быть иным. Поскольку, с нашей точки зрения, обнаруженные особенности у подростков мужского пола представляют собой результат усвоения мужского (маскулинного и гипермаскулинного) полоролевого стереотипа, то стимулирующей для мальчиков может быть апелляция к тому, что повышает ценимые ими свойства — активность, уверенность, спокойствие, сила, выносливость. В связи с этим по отношению к подросткам, перенесшим серьезные психотравмирующие события, нами использовалась следующая форма обращения: *«Обычно у людей, испытавших серьезные потери или неприятные события, возникает внутреннее напряжение. Иногда оно остается у человека надолго — в его мыслях, чувствах и в теле — в виде напряжения мышц. Это напряжение мешает хорошо заниматься другими делами, снижает настроение, уверенность в себе. Но от него можно избавиться, и тогда у человека появляется больше сил и активности. Если хочешь, мы можем проверить, есть ли у тебя такое напряжение, и если есть, то постараться его устранить».*

Вторая проблема, характерная для подростков обоих полов, но выраженная у мальчиков с девиантным поведением все же сильнее, чем у девочек, — алекситимия, или неспособность правильно распознать и выразить словесно свои чувства и переживания. Возможно, это также обусловливается мужской полоролевой идентификацией и стрем-

лением мальчиков игнорировать и подавлять в себе ощущения, свидетельствующие о неблагополучии или слабости. В связи с этим выявление травматических и ресурсных ощущений и их отслеживание у них существенно затруднены. При работе с мальчиками нам в большинстве случаев удалось лишь продемонстрировать им на практике некоторые особенности ресурсных состояний, для чего использовались методы нейролингвистического программирования и элементы эриксоновского гипноза. При этом обращалось внимание на телесные ощущения, их локализацию и качественные особенности. В принципе такая процедура может рассматриваться в качестве первого шага в процессе психокоррекции травмы с мальчиками.

Поводом для начала психокоррекционной работы с мальчиками могут служить и их соматические жалобы. Как было отмечено в исследовательской части, именно соматическое неблагополучие имело корреляции с травматическими переживаниями, зафиксированными в полустандартизированном интервью.

Примером такого подхода может служить работа с 15-летним Олегом Г.

> Его результаты по Гиссенской шкале соматических жалоб были чрезвычайно высокими. Он предъявлял жалобы на боли в суставах, особенно в плечах и позвоночнике. От других мальчиков Олег отличался особенностями поведения и общения: был замкнутым, нелюдимым, мало разговаривал, не смотрел в глаза собеседника, его поза и походка были скованными. Из проведенного интервью стало известно, что у мальчика умерла мать, утопился дедушка, погибли двое друзей.

После разминки и упражнения на сенсибилизацию мы предложили Олегу исследовать напряжение в теле и использовать внешние и внутренние ресурсы. Наиболее проблемной областью действительно были спина и позвоночник. Однако в течение двух сеансов удалось добиться расслабления, и симптомы на некоторое время исчезли. Вместе с

этим изменилось поведение мальчика. Он спонтанно начал рассказывать о родном городе, о том, как провел лето, при этом смотрел в глаза терапевту. Нам не удалось из-за кратковременности работы добиться больших результатов и перейти к прорабатыванию конкретных психологических травм. Однако и этот результат можно рассматривать как обнадеживающий.

В рассмотренном примере очевиден психосоматический характер жалоб мальчика, что, очевидно, свойственно подросткам мужского пола, перенесшим психологическую травматизацию. По-видимому, соматическая терапия травмы в подобных случаях может применяться не только для улучшения психологического состояния, но и для решения некоторых проблем, которые часто рассматриваются лишь в медицинском аспекте.

В итоге психокоррекционные занятия с мальчиками продемонстрировали необходимость выработки специфического подхода к работе с ними, укрепляющего их полоролевую идентичность и представление о собственных возможностях. К осознанию собственных психологических проблем их можно подвести через соматические проблемы. В процессе работы необходимо развитие у подростков способности чувствовать и дифференцировать собственные ощущения и переживания.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИИ

Оценку эффективности психокоррекции специалист по работе с детьми и подростками М. Каллиас (2001) относит к наиболее сложным проблемам. Такая оценка зависит от задач вмешательства, среди которых М. Каллиас вслед за М. Раттером (1985) называет ослабление симптома, обеспечение нормального развития ребенка, развитие у него автономии и уверенности в себе, а также генерализацию терапевтических изменений, то есть перенос их в реальные жизненные обстоятельства. Если рассматривать эти задачи

в рамках выполненного нами исследования, то в относительно полном объеме мы можем характеризовать лишь решение первой задачи и частично — второй, так как изменение на уровне личностных характеристик и генерализация эффекта психокоррекции требуют гораздо большего времени как для самой психокоррекционной деятельности, так и для отслеживания ее результатов.

Уменьшение или устранение травматических симптомов мы наблюдали практически во всех случаях проработки конкретных психологических травм (8 случаев). По самоотчетам девочек, им переставали сниться сны устрашающего содержания, связанные с травматическим событием. Прекращались ночные и слишком ранние пробуждения, трудности засыпания, навязчивые воспоминания о травме. Однако полного освобождения от травмы удавалось добиться лишь в тех случаях, когда была проведена ее смысловая переработка и когда разрешалась внешняя психотравмирующая ситуация.

Менее результативными были сессии, направленные на проработку актуальных телесных симптомов без привязки к конкретному психотравмирующему событию (4 случая). Как правило, такая симптоматика обусловливалась множественной эмоциональной травматизацией и имела более глубокие корни в проблемах прежде всего детско-родительских отношений. В рамках отдельных занятий можно было наблюдать определенное улучшение состояния девочек, однако оно было относительно нестойким и требовало систематической продолжительной работы по восстановлению естественной саморегуляции. Тем не менее в целом и такая работа была полезной.

В качестве диагностического средства, позволяющего определить изменения в течение одной психокоррекционной сессии, использовалась методика САН (приложение 6). Рассчитывались показатели по каждой из трех шкал методики (Самочувствие, Активность, Настроение) до начала занятия и по его окончании, затем определялась их разница. У 7 девочек из 12 были отмечены статистически значи-

мые изменения прежде всего по параметру «самочувствие» и несколько меньшие — по «активности». Изменение показателей «настроение» наблюдалось лишь в тенденции. У 4 девочек были получены противоречивые результаты, у одной изменений не наблюдалось. Анализ результатов показал, что для использования в сеансах психокоррекции методика нуждается в некоторой модификации с выделением наиболее информативных шкал. Так, в категории «активность» обнаружилась высокая частота разнонаправленных оценок: по некоторым шкалам после сеанса девочки отмечали повышение активности, в то же время почти все они фиксировали у себя расслабленное состояние, что было естественным результатом занятий, но снижало общую оценку по названному параметру.

В некоторых случаях после проведения сеансов психокоррекции наблюдались позитивные изменения в раскладках цветов по предпочтению (тест Люшера), хотя систематического эффекта выявлено не было, а следовательно, использование данного метода в контексте работы с травмой требует дополнительного исследования на более обширном материале.

Для выявления индивидуальных паттернов телесного отражения психологической травмы и отслеживания динамики психокоррекции в рамках одного сеанса мы предложили оригинальную методику рисования телесных симптомов. Девочкам предлагался сконструированный нами стандартный бланк со схематическим изображением женской фигуры в передней и задней плоскостях (приложение 8*а*). На листе располагалось по 4 таких изображения. После окончания сеанса психокоррекционной работы с травмой терапевт просил девочку нарисовать на схематических фигурах цветными карандашами свои ощущения в начале, в процессе и в конце работы. Это помогало объективизировать то, как ощущала девочка травматические переживания, каким образом шла разрядка напряжения, какие телесные и внешние ресурсы помогали справиться с симптомами травмы, каков был телесный эффект работы.

В качестве примера использования этой техники приведем описания рисунков Оли А. (приложение 8*б*).

Одна из психотравмирующих ситуаций, пережитых Олей, — попытка ее изнасилования взрослым мужчиной, когда ей было 14 лет. Девочке пришлось бежать из квартиры через балкон и переходить на другой балкон по тонкому проводу и карнизу, что создало для нее дополнительный источник напряжения. Эта ситуация была проработана в рамках психокоррекционной сессии, продолжавшейся около двух часов и отраженной в рисунке девочки.

Начальная стадия работы характеризовалась ощущением тяжести в груди, которая на рисунке была изображена в виде «тяжелого камня в груди», «серого булыжника», чувством страха, затрудненности дыхания. В груди, помимо камня, Оля нарисовала голубое пятно — «голубая масса, похожая на кисель». Через эту массу «плохо проходит воздух, дышать трудно». Затем на втором рисунке была отображена та часть сессии, в которой происходит разрядка через дрожь в спине, нарисованная в виде колеблющихся розовых линий. При помощи разнообразных внутренних и внешних ресурсов в конце сеанса тело расслабляется, дышать становится легче, и камень в груди превращается в небольшой шарик, который Оля изображает на третьем рисунке. Признаком изменения состояния служит и появление на схеме прорисовки лица, глаз, «которые теперь могут смотреть», что можно интерпретировать как обращение к внешнему миру, возможность воспринимать его более полно. Оставшиеся травматические симптомы прорабатывались на следующих психокоррекционных занятиях.

Предложенная нами графическая методика компактна, экономична и удобна не только для динамики и результатов психокоррекции, но и для планирования дальнейшей терапевтической работы, а также для проработки травмы на различных уровнях отражения системы SIBAM, по Питеру Левину: ощущений, образов, чувств и смыслов.

По прошествии некоторого времени после завершения психокоррекционной работы результаты могут быть оценены путем повторного проведения Полуструктурированного интервью для оценки травматических переживаний Н.В. Тарабриной или его фрагментов, прежде всего касающихся критериев В и D (повторное переживание травмы и возрастающее возбуждение). Отдельные случаи применения этого опросника в рамках нашего проекта показали возможность подобного определения результатов.

Одним из признаков эффективности метода соматической терапии травмы может служить и тот факт, что некоторые девочки, испытав положительный опыт работы в психокоррекционных сессиях и получив некоторые навыки телесной работы, использовали их самостоятельно между встречами с психологами в стрессовых ситуациях. Так, одна из воспитанниц получила известие о смерти бабушки, которая ее воспитывала. Попросив у воспитателя возможности побыть одной, она применила приемы работы с травматическими переживаниями. По ее описаниям, сначала ей было очень тяжело, но потом «тяжесть сменилась чувством печали». Об аналогичных действиях в менее серьезных ситуациях нам сообщали и некоторые другие девочки. В то же время следует подчеркнуть, что самостоятельная проработка тяжелых травм не рекомендуется, так как без квалифицированного внешнего контроля она может привести к ретравматизации и негативным последствиям.

Несмотря на специфику и тяжесть проблем, затрагиваемых при проведении психокоррекционной работы, мы крайне редко сталкивались с отказами от участия в занятиях. Лишь в двух случаях (не вошедших в основной описываемый и анализируемый материал) продуктивная работа с девочками оказалась невозможной. У одной из них это было связано с низким интеллектуальным уровнем и выраженными трудностями описания собственных переживаний и ощущений. У другой началось развитие истерической симптоматики, что потребовало проведения консультации врача-психиатра.

В целом же следует отметить, что абсолютное большинство подростков участвовавших в психокоррекционных занятиях, отмечали их позитивный эффект как в рамках одной сессии, так и по результатам всей работы, включавшей несколько (до 4—5) сессий. В большей степени это было свойственно девочкам, которые могли проработать конкретные психотравмирующие события и придать им новое смысловое звучание.

Для оценки более глобальных изменений в личностных особенностях, стиле поведения, отношениях девочек необходима существенно бóльшая длительность наблюдений и самого психокоррекционного процесса. Особенно это касается частых у девочек случаев множественных психологических травм. Подобные генерализованные эффекты могут быть выявлены при помощи повторного проведения опросов с использованием методик, которые использовались в начале исследования.

ВОЗМОЖНОСТИ ГРУППОВОЙ РАБОТЫ

В дополнение к индивидуальной работе с психологической травмой полезно проведение групповых занятий, направленных на развитие личности воспитанников. Для этого, как показали наши предшествующие исследования, выполненные в специальных учебно-воспитательных учреждениях (Дозорцева и др., 2002), может быть продуктивно использована программа «Открытие» («Discovery») Джин Береби. В рамках этой программы важной составляющей частью являются обучение и тренировка различения собственных эмоций подростка и чувств окружающих, вербальное, образное и телесное отражение переживаний, что имеет большое значение для соматической терапии травмы. Новым элементом, способствующим психокоррекционной работе с травмой, было бы введение в программу специальных заданий и упражнений, направленных на выражение подростками в позах, мимике и движениях своих различ-

ных состояний. Кроме того, групповая работа, дающая воспитанникам поддержку, эмоциональное принятие, ощущение собственной эффективности и растущих возможностей, может стать мощным внешним ресурсом, требующимся для эффективного завершения травматических переживаний. С другой стороны, оптимизация состояния подростков, достигаемая в ходе индивидуальной работы, способствует более динамичному и продуктивному ходу группового процесса, скорейшему появлению положительных личностных изменений. В групповой работе, в свою очередь, могут интенсивно прорабатываться многие смысловые проблемы, что чрезвычайно важно для эффективного окончания работы над травматическими переживаниями.

Полезными для работы с травмой могут быть и групповые занятия, направленные на выработку навыков саморегуляции и релаксации. Такая работа уже в течение нескольких лет ведется в Покровском специальном училище. Девочки, имевшие опыт подобных занятий, значительно быстрее включались в процесс соматической терапии травмы и добивались лучших результатов. Вместе с тем следует учитывать, что исключительное применение релаксационных техник не ведет к устранению травматических переживаний, а в некоторых случаях может даже временно ухудшить состояние подростка. У глубоко эмоционально травмированных личностей в состоянии релаксации, достигаемого методами аутогенной тренировки или эриксоновского гипноза, может значительно возрасти состояние тревоги из-за чувства потери контроля над ситуацией. В результате у такого человека активизируется травматическая симптоматика, и он резко выходит из состояния расслабления и прекращает процесс психокоррекции. В связи с этим применение релаксационных методов и неглубоких трансовых состояний должно быть очень осторожным.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К сожалению, в наше время проблема психологической травматизации становится все более актуальной. Велика ее значимость и для подростков с девиантным поведением, причем часто само такое поведение может быть в большей или меньшей мере обусловлено пережитыми подростком сверхсильными стрессами. Отсюда — необходимость более детально и точно разобраться в самом феномене психической травмы, найти способы выявления и устранения ее негативных последствий. Эти задачи решались в проведенном исследовании психологической травматизации у воспитанников специальных учебно-воспитательных учреждений.

Явление психологической травматизации должно рассматриваться комплексно, в разных аспектах, с учетом медицинского и психологического характера последствий травмы, поэтому исследование проводилось междисциплинарно с использованием клинико-психологического подхода.

Выбранные и отчасти модифицированные нами в соответствии с особенностями контингента методы диагностики травматических переживаний у подростков позволили описать характер наиболее типичных психических травм и степень выраженности их последствий. При этом обнаружилась существенная гендерная специфика. Она проявилась в значительно более явной представленности последствий психической травматизации у девочек с девиантным поведением, их большей выраженности и масштабности, включая соматическую и эмоциональную сферы. У мальчиков же наблюдалась склонность к соматизации психологических проблем. Из этого следует, что соматические жалобы у мальчиков и проявления эмоционального и соматического дискомфорта у девочек могут быть симптомами перенесенных психических травм и служить диагностическими критериями для отнесения их в группу риска подобной трав-

матизации. Оценка этих признаков может быть проведена при помощи приведенных в работе психодиагностических методик.

Исследования показали, что девиантные подростки, в частности, воспитанники специальных учебно-воспитательных учреждений, особенно подвержены психологическим травмам. Наиболее часто отмечаются психические последствия физического насилия и эмоциональных травм. Для девочек очень существенна травма сексуального насилия. Мальчики же склонны отрицать наличие этого вида травм в своем опыте, и потому эта проблема требует дальнейшей проработки.

Последствия психологической травмы часто сочетаются с органическими поражениями головного мозга и другими проблемами психического здоровья, которые должны учитываться при работе с травматическими переживаниями и быть предметом комплексной терапии.

Применение метода соматической терапии травмы для психокоррекции последствий психической травмы у подростков с девиантным поведением показало его практическую действенность. Овладение им практическими психологами, работающими с этой категорией воспитанников, позволило бы более эффективно проводить психокоррекцию и реабилитацию таких подростков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Алиев Х.М. Методическое руководство по использованию метода психофизиологической саморегуляции «Ключ» для специалистов детских центров реабилитации. От самоорганизации природы к самоорганизующемуся человеку. М., 1997.

Асанова Н.К. Жестокое обращение с детьми: основные методологические, практические и правовые аспекты // Руководство по предупреждению насилия над детьми / Под ред. Н.К. Асановой. М.: ВЛАДОС, 1997. С. 16—45.

Глейзер Д. Злоупотребления в отношении детей // Детская и подростковая психотерапия / Под ред. Д. Лэйна, Э. Миллера. СПб.: Питер, 2001. С. 189—208.

Детская и подростковая психотерапия / Под ред. Д. Лэйна, Э. Миллера. СПб.: Питер, 2001.

Дозорцева Е.Г. Девиантное поведение и агрессия у девочек-подростков // Дмитриева Т.Б., Иммерман К.Л., Качаева М.А. и др. Криминальная агрессия женщин с психическими расстройствами. М.: Медицина, 2003. С. 44—77.

Дозорцева Е.Г. Соматическая терапия травмы у девиантных девочек-подростков // Московский психотерапевтический журнал. 2003. № 1 (36). С. 81—91.

Дозорцева Е.Г., Морозова Е.И., Терехина С.А. Психологическая травма у девочек-подростков с девиантным поведением // Материалы II Международного конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» (3—6 ноября 2003 г., Минск). С. 57—58.

Дозорцева Е.Г., Вострокнутов Н.В., Давыдов Д.М. и др. Психосексуальное здоровье делинквентных девочек (комплексный мультидисциплинарный подход) // Российский психиатрический журнал. 2002. № 2. С. 29—32.

Каллиас М. Оценка эффективности вмешательств при работе с детьми и подростками // Детская и подростковая

психотерапия / Под ред. Д. Лэйна, Э. Миллера. СПб.: Питер, 2001. С. 74—120.

Левин П. Понимание детской травмы. Первая помощь при несчастных случаях и падениях. Исцеление давней травмы // Московский психотерапевтический журнал, 2001. № 1 (36). С. 70—80.

Липовски Дж., Эллиот А.Н. Индивидуальная терапия детей — жертв сексуального насилия. Руководство по предупреждению насилия над детьми / Под ред. Н.К. Асановой. М.: ВЛАДОС, 1997. С. 163—172.

Мазур Е.С. Психическая травма и психотерапия // Московский психотерапевтический журнал, 2001. № 1 (36). С. 31—52.

Мэнделл Дж.Г., Дамон Л. и др. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими сексуальное насилие / Пер. с англ. М.: Генезис, 1998.

Осипова А.А. Общая психокоррекция. М.: Сфера, 2000.

Падун М.А., Тарабрина Н.В. Психическая травма и базисные когнитивные схемы личности // Московский психотерапевтический журнал, 2001. № 1 (36). С. 121—141.

Пирс Дж. Последствия злоупотребления и пренебрежения ребенком для его развития: направления психотерапии детей — жертв насилия // Руководство по предупреждению насилия над детьми / Под ред. Н.К. Асановой. М.: ВЛАДОС, 1997. С. 90—106.

Сафонова Т.Я., Цымбал Е.И., Ярославцева Н.Д. Реабилитация детей, пострадавших от жестокого обращения, в условиях приюта // Руководство по предупреждению насилия над детьми / Под ред. Н.К. Асановой. М.: ВЛАДОС, 1997. С. 274—286.

Селье Г. Стресс без дистресса. М., 1997.

Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. М.: ВЛАДОС, 2001.

Столин В.В., Пантилеев С.Р. Тест-опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике (Психодиагностические материалы). М.: Изд-во МГУ. 1988. С. 123—130.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.

Шерер М. Коммуна-интернат как психотерапевтическая среда // Детская и подростковая психотерапия / Под ред. Д. Лэйна, Э. Миллера. СПб.: Питер, 2001.

Юл У., Уильямс Р.М. Стратегия вмешательства при психических травмах, возникших вследствие масштабных катастроф // Детская и подростковая психотерапия / Под ред. Д. Лэйна, Э. Миллера. СПб.: Питер, 2001. С. 275—308.

Cauffman E. Feldman S.S., Waterman J., Steiner H. Posttraumatic stress disorder among female juvenile offenders // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1998. V. 37. P. 1209—216.

Ivaniec D. The Emotionally Abused and Neglected Child. Identification, assessment and Intervention. Whiley, 1996.

Levine P. Understanding Childhood Trauma // Mothering, 1994. P. 49—54.

Levine P. Waking the Tiger. Healing Trauma // Berkeley: North Atlantic books, 1997.

Ulzen T.P., Hamilton H. The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents // Canadian Journal of Psychiatry. 1998. Vol. 43. P. 57—63.

Vermeiren R. Delinquent disordered? Psychopathology and neuropsychological deficits in delinquent adolescents. Antwerpen, 2002.

Zahn B.S., Schug S.E. The Survivor Project: A Multimodal Therapy Program for Adolescents in Residual Treatment Who Have Survived Child Sexual Abuse // Residential Treatment for Children and Youth. Vol. 11. № 2. 1993. P. 65—88.

Zettl L., Josephs E. Self-Regulation Therapy. Canadian Foundation for Trauma Research and Education. Vancouver, 2001.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОЕ ИНТЕРВЬЮ ДЛЯ ОЦЕНКИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ДЕТЕЙ

Модифицированный вариант бланка Н.В. Тарабриной

Фамилия, имя ____

Возраст ____________ Отряд __________ Класс __________________

Дата ________________

Неполная семья ______________________________ возраст ____ лет

Развод родителей _____________________________ возраст ____ лет

Дисгармоничная семья _______________________________________

____

Травматическое событие______________________________________

Физическое насилие __________________________ возраст ____ лет

Смерть близкого человека ____________________ возраст ____ лет

Сексуальное домогательство или насилие ______ возраст ____ лет

Серьезное физическое заболевание ____________ возраст ____ лет

Длительная или повторные госпитализации _____ возраст ____ лет

Пребывание в детском доме ____________________возраст ____ лет

Автомобильная катастрофа ____________________ возраст _____ лет

Другая катастрофа (несчастный случай) ________ возраст ____ лет

Другое травмирующее событие _________________ возраст ____ лет

Критерий A	1	2	3	4	5						
Критерий B	6	7	8	9	10	11	12	13	18		
Критерий C	23	25	28	29	30	31	32	33	40	41	42
Критерий D	14	15	16	17	20	21	22	38	39		
Критерий F	19	24	26	27	34	35	36	37			

A	B	C	D	F

Критерий A ____

Вопросы интервью

1. А Чувствовал ли ты ужас, когда это происходило?
Нет =0
Не знаю =1
Да = 2

2. А Чувствовал ли ты, что не можешь ничего изменить?
Нет =0
Не знаю =1
Да = 2

3. А Чувствовал ли ты, что никто не может помочь тебе в этой ситуации?
Нет =0
Не знаю =1
Да = 2

4. А Чувствовал ли ты отвращение, когда это происходило?
Нет =0
Не знаю =1
Да = 2

5. А Был ли ты более раздражительным, подвижным, когда это происходило?
Нет =0
Не знаю =1
Да = 2

6. В Вспоминаешь ли ты о каких-то неприятных ситуациях, которые с тобой произошли? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

7. В Ты рассказываешь кому-то об этих воспоминаниях? Если да, то как часто? Если нет, то не рассказываешь, потому что не вспоминаешь?
Нет = 0
1 раз = 1
Вспоминаю, но не рассказываю = 1
Более 1 раза = 2

8. В Ухудшается ли твое самочувствие, когда что-то напоминает тебе о неприятном событии?

Нет = 0
Не знаю =1
Да = 2

9. В Ты думал когда-нибудь о какой-то неприятной ситуации, когда тебе совсем не хотелось о ней думать? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

10. В Ты представлял какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

11. В Ты рисовал какую-то неприятную ситуацию, случившуюся с тобой? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

12. В Бывает ли так, что неприятные чувства, которые ты когда-либо переживал, возникали у тебя снова, как если бы та ситуация повторилась, как будто ты опять вернулся в то время? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

13. В Случалось ли, что ты начинал вести себя так, как если бы неприятная ситуация, которая с тобой когда-то происходила, повторилась вновь? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

14. D Бывает ли тебе трудно заснуть? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

15. D Бывает ли, что ты просыпаешься ночью? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

16. D Бывает ли, что ты просыпаешься слишком рано утром? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

17. D Стали ли тебе сниться неприятные сны, кошмары? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

18. B Снились ли тебе сны о неприятном событии, которое с тобой когда-то произошло? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

19. F Приходишь ли ты иногда ночью спать к родителям? Если да, то как часто?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

20. D Вскакиваешь ли ты, когда слышишь неожиданный или громкий звук?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

21. D Стал ли ты более раздражительным?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

22. D Стал ли ты чаще ссориться с другими людьми?
Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

23. C Стараешься ли ты держаться на расстоянии от друзей и одноклассников?
Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

24. F Трудно ли тебе оставаться наедине с друзьями и одноклассниками?
Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

25. C Стараешься ли ты держаться на расстоянии от взрослых?
Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

26. F Трудно ли тебе оставаться наедине с учителями?
Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

27. F Трудно ли тебе оставаться наедине с родителями?
Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

28. C Стараешься ли ты избежать чего-либо, что напоминает тебе о каком-то неприятном происшествии?
Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

29. C Стараешься ли ты избегать действий, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоем прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?
Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

30. С Стараешься ли ты избежать мест, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоем прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

31. С Стараешься ли ты избегать общения с людьми, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоем прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

32. С Стараешься ли ты не думать о чем-то неприятном в своем прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

33. С Стараешься ли ты избегать разговоров, которые напоминают тебе о чем-то неприятном в твоем прошлом (прилагаешь ли какие-то усилия для этого)?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

34. F Стало ли тебе сложнее выполнять свои обязанности (работу по дому)?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

35. F Требуется ли тебе больше времени, чем раньше, чтобы выполнить свои обязанности (работу по дому)?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

36. F Стало ли тебе сложнее понимать, узнавать новые вещи (учиться)?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

37. D Изменилась ли в последнее время твоя память? Может быть, она стала лучше или хуже?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

38. D Стало ли тебе сложнее сосредоточиться?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

39. D Стало ли тебе сложнее долго сидеть спокойно на одном месте?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

40. C Кажется ли тебе, что окружающий мир стал выглядеть или звучать по-другому?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

41. C Можешь ли ты себя представить взрослым, старым?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

42. C Изменились ли в последнее время твои представления о будущем?

Нет = 0
1 раз = 1
Более 1 раза = 2

Приложение 2

ОПРОСНИК СОМАТИЧЕСКИХ ЖАЛОБ

Дата обследования______________________

Испытуемый_____________________________

Степень выраженности:
0 — нет
1 — слабо
2 — до некоторой степени
3 — значительно
4 — сильно

E

Боли в суставах и конечностях	0	1	2	3	4
Боли в пояснице или спине	0	1	2	3	4
Боли в шее, затылке или плечевых суставах	0	1	2	3	4
Головные боли	0	1	2	3	4
Чувство тяжести или усталости в ногах	0	1	2	3	4
Ощущение давления в голове	0	1	2	3	4

G

Чувство переполнения в животе	0	1	2	3	4
Рвота	0	1	2	3	4
Тошнота	0	1	2	3	4
Отрыжка	0	1	2	3	4
Изжога	0	1	2	3	4
Боли в желудке	0	1	2	3	4

M

Чувство переполнения в животе	0	1	2	3	4
Рвота	0	1	2	3	4
Тошнота	0	1	2	3	4
Отрыжка	0	1	2	3	4
Изжога	0	1	2	3	4
Боли в желудке	0	1	2	3	4

H

Сердцебиение, перебои в сердце	0	1	2	3	4
Головокружение	0	1	2	3	4
Ощущение кома в горле	0	1	2	3	4
Тяжесть в груди	0	1	2	3	4
Приступы одышки	0	1	2	3	4
Сердечные приступы	0	1	2	3	4

Приложение 3

ОПРОСНИК БЕКА

Бланк

Фамилия, имя ________________________________

Возраст____________Группа___________Класс____________

Дата ________________________________

№ вопроса	Оценка			
1.	0	1	2	3
2.	0	1	2	3
3.	0	1	2	3
4.	0	1	2	3
5.	0	1	2	3
6.	0	1	2	3
7.	0	1	2	3
8.	0	1	2	3
9.	0	1	2	3
10.	0	1	2	3
11.	0	1	2	3
12.	0	1	2	3
13.	0	1	2	3
14.	0	1	2	3
15.	0	1	2	3
16.	0	1	2	3
17.	0	1	2	3
18.	0	1	2	3
19.	0	1	2	3
20.	0	1	2	3

Модифицированный вариант опросника

ИНСТРУКЦИЯ. Вам предлагается ряд утверждений. Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает ваше состояние *за прошедшую неделю, включая сегодняшний день.* Обведите кружком номер утверждения, которое вы выбрали. Если в группе несколько утверждений в равной мере хорошо описывают ваше состояние, обведите каждое из них. Прежде чем сделать свой выбор, внимательно прочтите все утверждения в каждой группе.

1. 0 — Я не чувствую себя несчастной.
   1 — Я чувствую себя несчастной.
   2— Я все время несчастна и не могу освободиться от этого чувства.
   3—Я настолько несчастна и опечалена, что не могу этого вынести.

2. 0 — Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованной.
   1 — Думая о будущем, я чувствую себя разочарованной.
   2 — Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.
   3 — Я чувствую, что будущее безнадежно и ничто не изменится к лучшему.

3. 0 — Я не чувствую себя неудачником.
   1 — Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.
   2 — Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, все, что я вижу, — это череда неудач.
   3 — Я чувствую себя полным неудачником.

4. 0 — Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.
   1 — Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как раньше.
   2 — Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.
   3 — Я всем не удовлетворена, и мне все надоело.

5. 0 — Я не чувствую себя особенно виноватой.
   1 — Довольно часто я чувствую себя виноватой.
   2 — Почти всегда я чувствую себя виноватой.
   3 — Я чувствую себя виноватой все время.

6. 0 — Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.
1 — Я чувствую, что могу быть наказана за что-то.
2 — Я ожидаю, что меня накажут.
3 — Я чувствую, что меня наказывают за что-то.

7. 0 — Я не испытываю разочарования в себе.
1 — Я разочарована в себе.
2 — Я внушаю себе отвращение.
3 — Я ненавижу себя.

8. 0 — У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.
1 — Я самокритична и признаю свои слабости и ошибки.
2 — Я все время виню себя за свои ошибки.
3— Я виню себя за все плохое, что происходит.

9. 0 — У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.
1 — У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не сделаю.
2 — Я хотела бы покончить жизнь самоубийством.
3 — Я бы покончила с собой, если бы представился удобный случай.

10. 0 — Я плачу не больше, чем обычно.
1 — Сейчас я плачу больше обычного.
2 — Я теперь все время плачу.
3 — Раньше я еще могла плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.

11. 0 — Сейчас я не более раздражена, чем обычно.
1 — Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.
2 — Сейчас я все время раздражена.
3 — Меня уже ничто не раздражает, потому что все стало безразлично.

12. 0 — Я не потеряла интереса к другим людям.
1 — У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.
2 — Я почти утратила интерес к другим людям.
3 — Я потеряла всякий интерес к другим людям.

13. 0 — Я способна принимать решения так же, как всегда.
1 — Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.
2 — Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.
3 — Я больше не могу принимать каких-либо решений.

14. 0 — Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
    1 — Я обеспокоена тем, что выгляжу непривлекательной.
    2 — Я чувствую, что изменения, происшедшие в моей внешности, сделали меня непривлекательной.
    3 — Я уверена, что выгляжу безобразной.

15. 0 — Я могу работать так же, как раньше.
    1 — Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.
    2 — Я с большим трудом заставляю себя что-либо делать.
    3 — Я вообще не могу работать.

16. 0 — Я могу спать так же хорошо, как и обычно.
    1 — Я сплю не так хорошо, как всегда.
    2 — Я просыпаюсь на 1—2 часа раньше, чем обычно, и с трудом могу заснуть снова.
    3 — Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.

17. 0 — Я устаю не больше обычного.
    1 — Я устаю легче обычного.
    2 — Я устаю почти от всего того, что я делаю.
    3 — Я слишком устала, чтобы делать что бы то ни было.

18. 0 — Мой аппетит не хуже, чем обычно.
    1 — У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.
    2 — Сейчас мой аппетит стал намного хуже.
    3 — Я вообще потеряла аппетит.

19. 0 — Если в последнее время я и потеряла в весе, то очень немного.
    1 — Я потеряла в весе более 2 кг.
    2 — Я потеряла в весе более 4 кг.
    3 — Я потеряла в весе более 6 кг.

Я специально пыталась не есть, чтобы потерять в весе *(обведите кружком):*

Да Нет

20. 0 — Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
    1 — Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.
    2 — Я настолько обеспокоена своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.
    3 — Я до такой степени обеспокоена своим здоровьем, что вообще ни о чем другом не могу думать.

Спасибо за ответы!

Приложение 4

ШКАЛА САМООЦЕНКИ

Фамилия, имя________________________________Дата__________

ИНСТРУКЦИЯ: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

1.	Я спокойна	1	2	3	4
2.	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3.	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4.	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5.	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6.	Я расстроена	1	2	3	4
7.	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8.	Я чувствую себя отдохнувшей	1	2	3	4
9.	Я встревожена	1	2	3	4
10.	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11.	Я уверена в себе	1	2	3	4
12.	Я нервничаю	1	2	3	4
13.	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14.	Я взвинчена	1	2	3	4
15.	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16.	Я довольна	1	2	3	4
17.	Я озабочена	1	2	3	4
18.	Я слишком возбуждена, и мне не по себе	1	2	3	4
19.	Мне радостно	1	2	3	4
20.	Мне приятно	1	2	3	4

ИНСТРУКЦИЯ: Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ ОБЫЧНО. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет.

21.	Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22.	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23.	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24.	Я хотела бы быть такой же счастливой, как другие	1	2	3	4
25.	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26.	Обычно я чувствую себя бодрой	1	2	3	4
27.	Я спокойна, хладнокровна и собранна	1	2	3	4
28.	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат	1	2	3	4
29.	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30.	Я вполне счастлива	1	2	3	4
31.	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32.	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33.	Обычно я чувствую себя в езопасности	1	2	3	4
34.	Я стараюсь избегать критических итуаций и трудностей	1	2	3	4
35.	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36.	Я довольна	1	2	3	4
37.	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39.	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40.	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Приложение 5

ОПРОСНИК САМООТНОШЕНИЯ

1. Думаю, что большинство моих знакомых относятся ко мне с симпатией.
2. Мои слова не так уж часто расходятся с делом.
3. Думаю, что многие видят во мне что-то сходное с собой.
4. Когда я пытаюсь себя оценить, я прежде всего вижу свои недостатки.
5. Думаю, что как личность я вполне могу быть притягательным для других.
6. Когда я вижу себя глазами любящего меня человека, мне неприятно — поражает то, насколько мой образ далек от действительности.
7. Мое Я всегда мне интересно.
8. Я считаю, что иногда не грех пожалеть самого себя.
9. В моей жизни есть или по крайней мере были люди, с которыми я был чрезвычайно близок.
10. Собственное уважение мне еще надо заслужить.
11. Бывало, и не раз, что я сам себя остро ненавидел.
12. Я вполне доверяю своим внезапно возникшим желаниям.
13. Я сам хотел бы во многом себя переделать.
14. Мое собственное Я не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.
15. Я искренне хочу, чтобы у меня все было хорошо в жизни.
16. Если я и отношусь к кому-нибудь с укоризной, то прежде всего к самому себе.
17. Случайному знакомому я скорее всего покажусь человеком приятным.
18. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.
19. Собственные слабости вызывают у меня что-то наподобие презрения.
20. Если бы я раздвоился, то мне было бы интересно общаться со своим двойником.
21. Некоторые свои качества я ощущаю как посторонние, чужие мне.
22. Вряд ли кто-либо сможет почувствовать свое сходство со мной.
23. У меня достаточно способностей и энергии воплотить в жизнь задуманное.
24. Часто я не без издевки подшучиваю над собой.
25. Самое разумное, что может сделать человек в жизни, — это подчиниться собственной судьбе.
26. Посторонний человек на первый взгляд найдет во мне много отталкивающего.

27. К сожалению, если я и сказал что-то, это не значит, что именно так я и буду поступать.
28. Мое отношение к самому себе можно назвать дружеским.
29. Быть снисходительным к собственным слабостям вполне естественно.
30. У меня не получается быть для любимого человека интересным длительное время.
31. В глубине души я бы хотел, чтобы со мной произошло что-то катастрофическое.
32. Вряд ли я вызываю симпатию у большинства моих знакомых.
33. Мне бывает очень приятно увидеть себя глазами любящего человека.
34. Когда у меня возникает какое-либо желание, я прежде всего спрашиваю себя, разумно ли это.
35. Иногда мне кажется, что если бы какой-то мудрый человек смог увидеть меня насквозь, то он тут же понял бы, какое я ничтожество.
36. Временами я сам собой восхищаюсь.
37. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.
38. В глубине души я никак не могу поверить, что я действительно взрослый человек.
39. Без посторонней помощи я мало что могу сделать.
40. Иногда я сам себя плохо понимаю.
41. Мне очень мешает недостаток энергии, воли и целеустремленности.
42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.
43. В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызвать острую неприязнь у других.
44. Большинство моих знакомых не принимают меня всерьез.
45. Сам у себя я довольно часто вызываю чувство раздражения.
46. Я вполне могу сказать, что сам себя уважаю.
47. Даже мои негативные черты не кажутся мне чужими.
48. В целом меня устраивает то, какой я есть.
49. Вряд ли меня можно любить по-настоящему.
50. Моим мечтам и планам не хватает реалистичности.
51. Если бы мое второе Я существовало, то для меня это был бы самый скучный партнер по общению.
52. Думаю, что мог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком.
53. То, что во мне происходит, как правило, мне понятно.
54. Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки.
55. Вряд ли найдется много людей, которые обвинят меня в отсутствии совести.
56. Когда со мной случаются неприятности, как правило, я говорю: «И поделом тебе!»
57. Я могу сказать, что в целом я контролирую свою судьбу.

ОТВЕТНЫЙ БЛАНК ОПРОСНИКА САМООТНОШЕНИЯ

Фамилия, имя, отчество_______________________________________

Дата рождения_________________Дата обследования_______________

№	Да	Нет	№	Да	Нет
1			29		
2			30		
3			31		
4			32		
5			33		
6			34		
7			35		
8			36		
9			37		
10			38		
11			39		
12			40		
13			41		
14			42		
15			43		
16			44		
17			45		
18			46		
19			47		
20			48		
21			49		
22			50		
23			51		
24			52		
25			53		
26			54		
27			55		
28			56		
			57		

Ключи для обработки

Глобальное самоотношение:
«верно»: 2, 5, 23, 27, 33, 42, 46, 48, 52, 53, 57;
«неверно»: 6, 9, 13, 14, 16, 18, 30, 35, 38, 39, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 56.

Самоуважение:
«верно»: 2, 23, 53, 57;
«неверно»: 8, 13, 25, 27, 31, 35, 38, 39, 40, 41, 50.

Аутосимпатия:
«верно»: 12, 18, 28, 29, 37, 46, 48, 54;
«неверно»: 4,9, 11, 16, 19, 24, 45, 56.

Ожидаемое отношение других:
«верно»: 1,5, 10, 15, 42, 55;
«неверно»: 3, 26, 30, 32, 43, 44, 49.

Результаты опроса девочек с нормативным и делинквентным поведением

Глобальное самоотношение
Девочки с делинквентным поведением: M = 14,28, SD = 4,80
Девочки с нормативным поведением: M = 18,03, SD = 4,62

Самоуважение
Девочки с делинквентным поведением: M = 6,17, SD = 2,61
Девочки с нормативным поведением: M = 7,98, SD = 2,51

Аутосимпатия
Девочки с делинквентным поведением: M=7,33, SD=3,07
Девочки с нормативным поведением: M=9,60 SD=3,33

Ожидаемое отношение других
Девочки с делинквентным поведением: M=8,ll SD=2,16
Девочки с нормативным поведением: M= 10,30, SD=2,00

Приложение 6

ТИПОВАЯ КАРТА МЕТОДИКИ САН

Фамилия ___________________________Группа_____________________

Возраст_________Дата__________________Время____________________

1. Самочувствие хорошее	3	2	0	2	3	Самочувствие плохое
2. Чувствую себя сильной	3	2	0	2	3	Чувствую себя слабой
3. Пассивная	3	2	0	2	3	Активная
4. Малоподвижная	3	2	0	2	3	Подвижная
5. Веселая	3	2	0	2	3	Грустная
6. Хорошее настроение	3	2	0	2	3	Плохое настроение
7. Работоспособная	3	2	0	2	3	Разбитая
8. Полная сил	3	2	0	2	3	Обессиленная
9. Медлительная	3	2	0	2	3	Быстрая
10. Бездеятельная	3	2	0	2	3	Деятельная
11. Счастливая	3	2	0	2	3	Несчастная
12. Жизнерадостная	3	2	0	2	3	Мрачная
13. Напряженная	3	2	0	2	3	Расслабленная
14. Здоровая	3	2	0	2	3	Больная
15. Безучастная	3	2	0	2	3	Увлеченная
16. Равнодушная	3	2	0	2	3	Взволнованная
17. Восторженная	3	2	0	2	3	Унылая
18. Радостная	3	2	0	2	3	Печальная
19. Отдохнувшая	3	2	0	2	3	Усталая
20. Свежая	3	2	0	2	3	Изнуренная
21. Сонливая	3	2	0	2	3	Возбужденная
22. Желание отдохнуть	3	2	0	2	3	Желание работать
23. Спокойная	3	2	0	2	3	Озабоченная
24. Оптимистичная	3	2	0	2	3	Пессимистичная
25. Выносливая	3	2	0	2	3	Утомленная
26. Бодрая	3	2	0	2	3	Вялая
27. Соображать трудно	3	2	0	2	3	Соображать легко
28. Рассеянная	3	2	0	2	3	Внимательная
29. Полная надежд	3	2	0	2	3	Разочарованная
30. Довольная	3	2	0	2	3	Недовольная

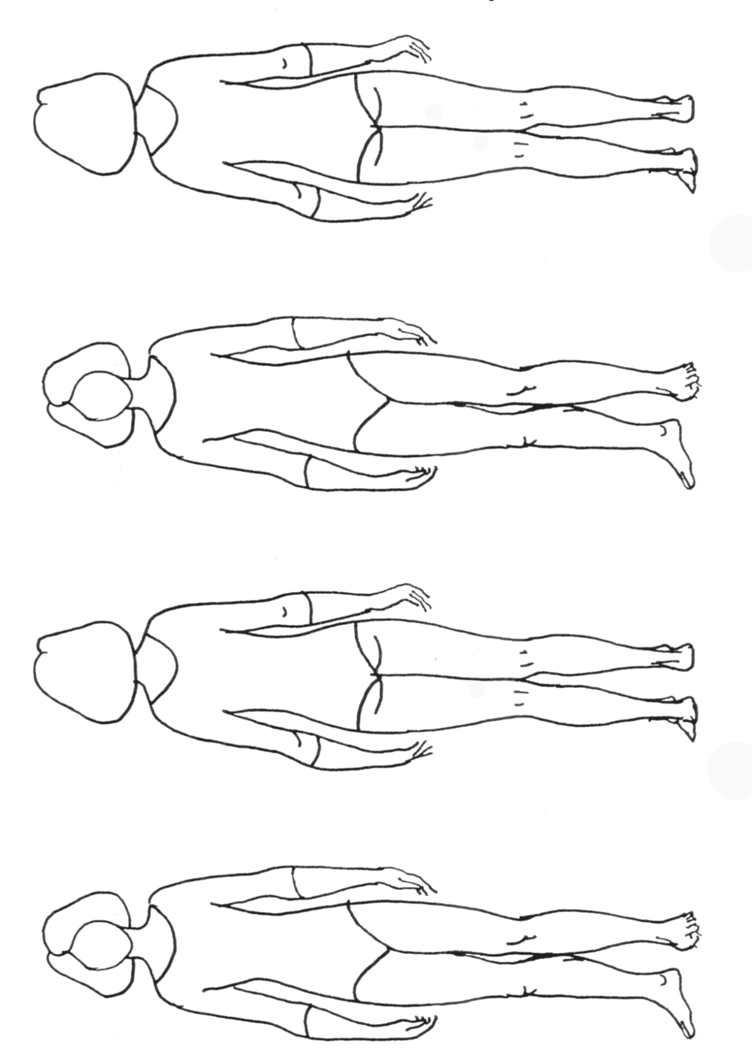
Приложение 7

СПИСОК ПОНЯТИЙ ДЛЯ ЦТО

1.	Погода сегодня	37.	Моя семья
2.	Радость	38.	Мое настроение сейчас
3.	Девочки	39.	Смерть
4.	Горе	40.	Красота
5.	Прошлое	41.	Бабушка
6.	Счастье	42.	Ум е
7.	Добро	43.	Спиртное
8.	Мальчик	44.	Сила
9.	Честность	45.	Курение
10.	Учеба	46.	Дедушка
11.	Моя мать	47.	Будущее
12.	Настоящее	48.	Спокойствие
13.	Моя будущая семья	49.	Подросток
14.	Дружба	50.	Ненависть
15.	Деньги	51.	Я хотел(а) бы быть
16.	Мужчина	52.	Равнодушие
17.	Я сам (сама)	53.	Сестра
18.	Я каким (какой) меня видят другие	54.	Надежда
19.	Страх	55.	Мой будущий муж (жена)
20.	Мой отец	56.	Боль
21.	Жизнь	57.	Работа
22.	Удовольствие	58.	Люди
23.	Женщина	59.	Одиночество
24.	Мои друзья	60.	Старик
25.	Взрослый	61.	Секс
26.	Любовь	62.	Доверие
27.	Обида	63.	Совесть
28.	Люди, которых не люблю	64.	Развлечения
29.	Одноклассники	65.	Преступник
30.	Суд	66.	Ребенок
31.	Мечта	67.	Риск
32.	Слабость	68.	Успех
33.	Брат	69.	Вера
34.	Зло	70.	Я в будущем
35.	Богатство	71.	Здоровье
36.	Наркотики		

МЕТОДИКА РИСОВАНИЯ

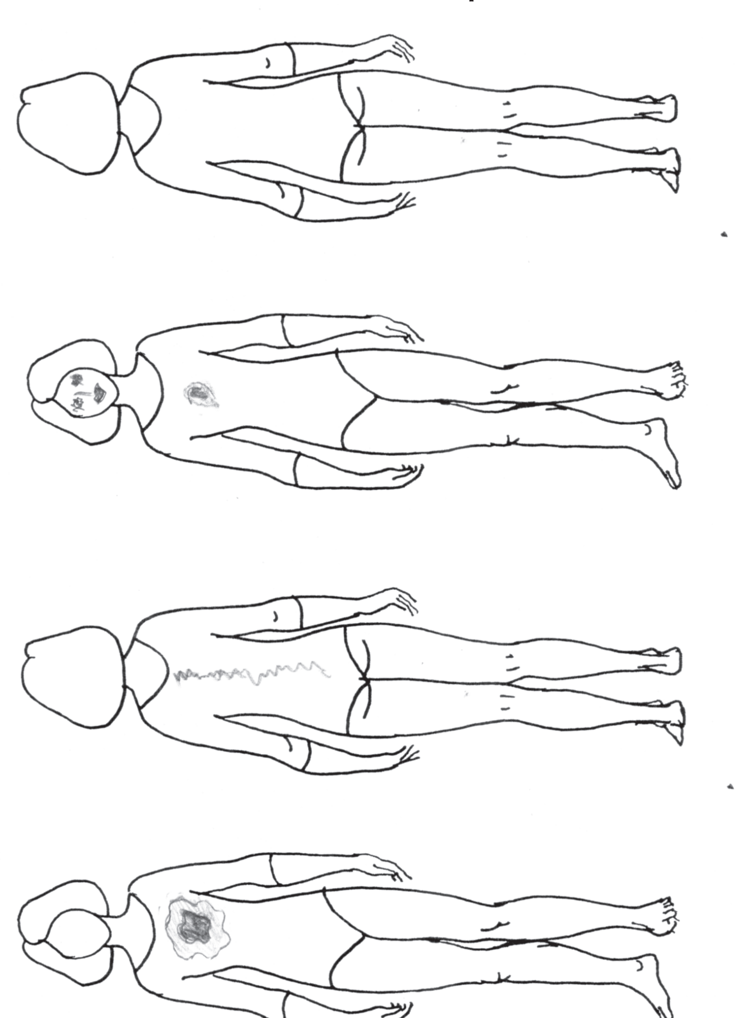
Приложение 8 а



Приложение 8

ТЕЛЕСНЫХ СИМПТОМОВ

Приложение 8 б



ОГЛАВЛЕНИЕ



Благотворительный фонд поддержки женщин и детей

«ЖЕНЩИНЫ И ДЕТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО»

БФ «Женщины и дети прежде всего» реализует широкий спектр программ:

«Мы Сами» — программа повышения социальной компетентности для выпускников детских домов и школ-интернатов (детей 13—18 лет).

«Шаг за шагом» — программа постинтернатной адаптации выпускников школ-интернатов и детских домов (молодых людей 18—23 лет).

«Журавушка» — программа психолого-педагогической поддержки одиноких молодых мам.

«Навигатор» — программа профилактики ВИЧ/СПИД и употребления ПАВ для учащихся 9—10 классов общеобразовательных школ.

«Реабилитация» — программа помощи детям и подросткам, оставшимся без попечения родителей в опасных социальных условиях.

Проводится повышение квалификации воспитателей, педагогов, психологов, социальных работников.

Выпускается ежемесячная газета для детей и подростков «Мы сами».

По вопросам обучения и сотрудничества обращайтесь по адресу:

129347, г. Москва, ул. Ротерта, 4, стр. 5.

Телефон:+7 (495) 182-12-74,

www.misami.ru

Дозорцева Е.Г.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ТРАВМА
У ПОДРОСТКОВ С ПРОБЛЕМАМИ В ПОВЕДЕНИИ.
ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ**

Директор издательства *Е.А. Мухаматулина*
Главный редактор *О.В. Сафуанова*
Ответственный редактор серии *Е.Г. Коблик*
Корректор *О.В. Квасова*
Дизайн обложки *А.В. Гущина*
Оригинал-макет *С.В. Иванова*

Издательство «Генезис»
129366, Москва, ул. Ярославская, д. 21
тел./факс: (495) 682-51-35
тел.: (495) 995-08-89
e-mail: info@genesis.ru
www.knigi-psychologia.com

Подписано в печать 15.11.2006. Формат 60 x 84/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Усл.-печ. л. 6,51
Тираж 1500 экз. Заказ

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленных диапозитивов
в ОАО «Дом печати — ВЯТКА»
610033, Киров, ул. Московская, 122